FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

THÈSE

N° 484

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Daniel, Fernand, Marie DEGAVRE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Juin 1937, à ESMERY HALLON (Somme)

Présentée et soutenue publiquement le

3 JUIN 1966

MANIFESTATIONS RHUMATISMALES DE LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE ET DE LA MALADIE DE CROHN

Président : Monsieur COSTE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI°

1966

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1966 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Daniel, Fernand, Marie DEGAVRE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 3 juin 1937 à ESMERY HALLON (Somme)

-:-

Présentée et soutenue publiquement

le

13 JUIN 1966

MANIFESTATIONS RHUMATISMALES DE LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE ET DE LA MALADIE DE CROHN

-:-

Président : Monsieur COSTE (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1966

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD(H), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MARCHAL (G), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RENARD (G), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON(L), VERNE (J).

DOYEN ..... M BROUET (G)

1er assesseur ..... M BARGETON (D)
2ème assesseur ..... M GOSSET (J)

I - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N ...
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)

Microbiologie (bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G) KUSS (R)
Pathologie exotique	N ...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.) BRICAIRE (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thér. générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J) LEVY (Mlle J)
Physiologie	BARGETON (D) PARROT (J)
Physiologie et path. obstétricales	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Techn. chir. et Chirurgie exp.	CAUCHOIX (J)
Thérapeutique	CONTE (M)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	NEZELOFF (Ch)
Bactériologie	BARBIER (P)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) DREYFUS (J.Cl.) POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Histologie	COUJARD (R)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J)
Physiologie	DEJOURS (P) SCHERRER (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L) GOUGEROT (L)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

	MM
Clinique carcinologique chirurgicale	REDON (H)
Clinique cardiologique Broussais	SOULIE (P)
Clinique cardiologique Boucicaut	LENEGRE (J)

		MM
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB(J.L.)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	N...
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl)
Clin. de chir. infant. et orth.		FEVRE (M)
Clin. chir. orth. et traumat.		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clin. de chir. cardio-vasculaire		DUBOST (Ch)
Clin. de chir. pleuro-pulmonaire		MATHEY (J)
Clin. dermatologique		DUPERRAT (F)
Clin. endocrinologique		DECOURT (J)
Clin. de génétique médicale		LAMY (M)
Clinique gynécologique		HUGUIER (J)
Clin. des maladies cut. et syphil.		DEGOS (R)
Clin. des maladies des enfants		TURPIN (R)
Clin. des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clin. des maladies ment. et de l'encéph.		DELAY (J)
Clin. des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		BERNARD (J)
Clinique des mal. du système nerveux		CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Cochin	BROUET (G)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G)
Clin. d'hyrologie et de climatologie		DEBRAY (Ch)
Clin. méd. infant. et pédiatrie soc.		MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique		JUSTIN-BESANÇON(L)
Clin. méd.-soc. du diabète sucré et des maladie de la nutrition		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie		DAVID (M)
Clinique neurologique		GARCIN (R)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M)
	Saint-Antoine	MERGER (R)
Clin. obst. et gynécologique		VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET (G)
Clinique ophtalmologique (Cochin)		N...

	MM
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puéricul.	THIEFFRY (S)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clin. de neuro-psychiatrie infantile	MICHAUX (L)
Clin. de rhumatologie méd. et soc.	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clin. thérapeutique chirurgicale	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique urologique	ABOULKER (P)
	COUVELAIRE (R)
Clin. chirur. orth. et traumatologique	PADOVANI (P)
Hygiène et clinique de la première enfance	LAPLANE (R)
Séméiologie médicale — A. Chantin	DOMART (A)
Séméiologie médicale — Pitié	RAMBERT (P)
Séméiologie médicale — Rothschild	WOLFROMM (R)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R)

b) Professeurs à titre personnel

Hématologie	ANDRE (R)
	BOUSSER (J)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)
Médecine	AZERAD (E)
	BOUR (H)
	GROSSIORD (A)
	LAMBLING (A)
	PEQUIGNOT (H)
	PERRAULT (M)
	SIGUIER (F)
	WORMS (R)
Neurologie	LHERMITTE (F)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
	MEYER (A)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie	CABROL (C)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch)

MM

Anesthésiologie ..... VOURC'H (G)
Bactériologie ..... CHRISTOL (D)
Biochimie médicale ..... CARTIER (P), GONNARD (P)
Biologie médicale ..... HARTMANN (L)
Physique médicale ..... GREMY (F), ROUCAYROL (J.C.)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P) Pr. s.ch.
Pathologie chirurgicale ..... RUFLER (J) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté ..... M LENA (J)
Conseillers administratifs ..... Mlle CHAINTREUIL(G), M FAYE (R)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... M le Docteur HAHN (A)
Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)
Bibliothécaires ..... Mmes CONTET (J), FORGET (F), Mlles DUROZOY(M.F.), LAURENT (H), Dr SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, L'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546003_0019

A mes Parents

Avec toute mon affection

A ma Fiancée

En témoignage de tendresse

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur F. COSTE,

Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris,
Membre de l'Académie Nationale de
Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait l 'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse,

En témoignage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur BLOCH-MICHEL

Qui nous a donné le sujet de
cette thèse

Avec notre profonde reconnaissance

MANIFESTATIONS RHUMATISMALES DE LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE ET DE LA MALADIE DE CROHN

-:-:-:-

INTRODUCTION

-:-

Parmi les affections intestinales au cours desquelles peuvent apparaître des manifestations rhumatismales, la recto-colite-hémorragique dont on peut rapprocher l'ileite terminale tiennent une place importante.

A l'occasion d'une observation, d'ailleurs déjà publiée dans un travail concernant les spondylarthrites à début infantile, nous avons, sous la direction de notre Maître le Docteur BLOCH-MICHEL, consacré ce travail à l'étude de cette question. Nous avons pu, grâce au concours du Pr. CAROLI et du Dr. SALLET, que nous remercions, revoir un certain nombre de dossiers de recto-colite-hémorragique (36), et réexaminer les malades (4) qui avaient présenté des manifestations articulaires. A cette courte série s'ajoute une observation de maladie de Crohn que nous devons à l'obligeance du Pr. DEBRAY.

Actuellement, certains "rhumatismes intestinaux" sont bien individualisés : le plus connu est sans aucun doute le syndrome oculo-uretro-synovial de Fiessenger-Leroy-Reiter, venant compliquer certaines dysenteries bacillaires.

Des manifestations articulaires peuvent survenir aussi au cours d'affections coli-

ques diverses : l'amibiase, la maladie de Nicolas-Favre et de nombreuses colopathies non spécifiques telles les colites muco-membraneuses, les syndromes dysentériques sans germes pathogènes décelables.

Trois autres affections retiennent actuellement beaucoup l'attention des auteurs, ce sont : la rare maladie de Whipple, la maladie de Crohn et surtout la recto-colite-hémorragique.

Notre étude portera sur ces deux dernières. Les plus intéressantes sans conteste, du fait de la fréquence de leurs complications rhumatismales et des problèmes pathogéniques et nosologiques qu'elles posent, en particulier, rapports avec la polyarthrite rhumatoïde, et le syndrome de Fiessenger-Leroy-Reiter. Ce travail concerne uniquement l'association à ces deux maladies, de manifestations rhumatismales, et ne prétend pas étudier en général la recto-colite hémorragique et la maladie de Crohn. Nous éliminerons de ce cadre les dysacromélies d'origine intestinale, à savoir : l'hippocratisme digital et l'ostéopathie hypertrophiante de Pierre Marie.

Nous rapprocherons de nos constatations celles des auteurs anglo-saxons reposant sur de nombreux cas.

Le plan suivi sera le suivant :

1 - Historique
2 - Généralités
3 - Arthrites périphériques
4 - Arthralgies
5 - Spondylarthrite
6 - Problèmes pathogéniques
7 - Conclusion

-:-

HISTORIQUE

-:-

Certaines affections intestinales se compliquent volontiers de manifestations rhumatismales : ce fait est connu depuis longtemps déjà. Ainsi Hippocrate remarqua que les inflammations articulaires dépendent parfois du "flux du ventre" (ARMAND). Aurelianus au IVe siècle après J.C. considérait que l'arthrite était d'origine intestinale avec une prédisposition héréditaire. Paul d'EGINE regardait le tractus intestinal et ses troubles comme contribuant à la goutte et à l'arthrite.

Parmi les auteurs qui se sont particulièrement attachés à l'étude de la recto-colite hémorragique, nous citerons surtout ceux qui ont insisté sur les complications ostéo-articulaires.

En voici la liste, certes encore incomplète, mais qui montre la fréquence des atteintes articulaires, par ailleurs diversement appréciée, dans cette affection.

YEOMANS, dès 1921 signale quatre cas de complications articulaires sur 65 malades atteints de colite ulcéreuse chronique.

UDAONDO, GALIART MONES en 1929 rapportent également des cas de complications articulaires dans la recto-colite hémorragique.

VOLTA à la même époque cite la statistique de BARGEN à la Clinique Mayo : 60 complications articulaires sur 1500 cas soit 4 p.cent.

FEDER (1938) rapporte 2 cas sur 88 malades.

JACKMANN, BARGEN, HELMOTZ (1940) chez 95 enfants atteints de colite ulcéreuse relèvent 6 complications d'arthrite soit 6,3 p. cent et comparant ces cas avec 871 cas de l'adulte trouvent exactement le même pourcentage d'arthrite : 55 soit 6,3 p.cent.

ELITZACK et WIDERMAN signalent l'apparition d'arthralgies et d'arthrite au cours des poussées de colite ulcéreuse chez 33 enfants mais ne donnent pas de pourcentage.

ARNOUS et CLAISSE rapportent par la suite deux observations.

BOCKUS considère également comme fréquentes les atteintes ostéo-articulaires, il rapporte les statistiques de BARGEN et de FEDER et en outre celles de HURST : 2,5 p.cent.

RICKETTS (1946) rapporte 12 cas sur 206 malades.

En 1948, COSTE F. GALMICHE et SORS rapportent un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique au cours de la recto-colite hémorragique.

SLOAN (1950) dans une statistique de 2000 cas de colite ulcéreuse retrouve chez 155 les phénomènes articulaires (7,7 p.cent).

BROWN indique 11 complications articulaires sur 147 cas.

DUGAL note 2 cas sur 87 malades.

En 1953, LIEVRE et WATTEBLED publient un cas.

ROMANUS à la même époque sur une étude de 117 spondylarthrites ankylosantes masculines, trouve 3 cas en relation avec la colite ulcéreuse chronique.

DESCAYRAC dans une thèse de Paris 1956 apporte un cas inédit.

KRAFTE, 2 cas dans une thèse de Genève 1957.

SHORT et BAUER, parmi 293 "rheumatoïd arthritis", relèvent 3 associations avec une colite ulcéreuse.

STEINBERG sur 399 cas de spondylarthrite ankylosante trouve 4 colites ulcéreuses, soit une incidence de 1 p.cent.

BYWATERS et ANSELL (1958) rapportent 37 cas de colite ulcéreuse et d'arthrite associées.

WILKINSON et BYWATERS réexaminant 212 malades de spondylarthrite ankylosante, découvrent que 4 souffraient de colite ulcéreuse et 1 de maladie de Crohn.

FERNANDEZ et HERLIHY (1959), passant en revue 555 cas de colite ulcéreuse, y relèvent 18 polyarthrites rhumatoïdes et 28 pelvispondylites rhumatismales.

FORD et VALLIS revoient 371 malades ayant présenté une colite ulcéreuse ou une iléite régionale. Ils découvrent que 31 ont présenté des symptômes articulaires mais n'en re-

tiennent que 16 auxquels ils ajoutent 4 cas recueillis ailleurs.

FRIEDMAN, EMMETT et KEHOE, rapportent 2 cas d'arthrite suppurée aseptique compliquant une colite ulcéreuse.

ROBERT rapporte un cas instructif.

ACHESON (1960) étudie 54 cas de spondylarthrite ankylosante associée à une colite ulcéreuse ou une entérite régionale.

HILLEMAND, GILBRIN, BENSAUDE et DELAVIERRE, à propos des recto-colites hémorragiques avec manifestations articulaires, étudient leurs rapports avec le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.

WRIGHT et WATKINSON sur 108 colites ulcéreuses font état de 17 arthrites spécifiques qu'ils baptisent "Colitic Arthritis".

ZVAIFLER et MARTEL étudiant les rapports entre la spondylarthrite ankylosante et la colite ulcéreuse en apportent 6 cas sur un total de 100 de ces affections intestinales.

CACHIN et ANTEBI (1961) à propos d'une observation, étudient les rapports entre la colite ulcéreuse, l'érythème noueux et le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.

SERRE, SIMON, CAILLEN et LIGNIERE apportent 4 nouveaux cas de pelvispondylite rhumatismale sur 103 observés, présentant une recto-colite hémorragique indiscutable associée.

Mc EWEN, LING, KIRSNER publient (1962) une

étude statistique portant sur 87 cas d'arthrite accompagnant la colite ulcéreuse.

HARTL (1963) rencontre cette association 7 fois sur 51 colites ulcéreuses.

ROTSTEIN, ENTEL et ZEVINER font état de 34 colites ulcéreuses avec manifestations rhumatismales sur un total de 333 soit 10,2 p.cent.

STEWART et ANSELL étudient deux spondylarthrites ankylosantes associées à l'entérite régionale.

ANSELL et WIGLEY (1964) font une étude des manifestations articulaires de la maladie de Crohn portant sur 91 cas.

Dernièrement (1965), F. COSTE, BONTOUX et Fr. COSTE font le point de la question, rapportant 3 cas personnels et une série de 21 observations de recto-colite hémorragique avec manifestations articulaires grâce au concours de MM. LAMBLING, DEBRAY et CONTE.

-:-

GENERALITES

-:-

I - Fréquence globale

La fréquence des manifestations articulaires au cours de la recto-colite hémorragique est très diversement appréciée selon les auteurs.

Les auteurs anglo-saxons pour leur part, les observent depuis longtemps avec une fréquence notable. KRAFTE dans sa thèse (1957), d'après une série portant sur 12 travaux, avance la proportion moyenne de 6,9 p.cent. WRIGHT et WATKINSON (1959), passent en revue la littérature de langue anglaise de 1930 à 1958, portant sur 21 publications et groupant plus de 5.000 cas : les signes articulaires y figurent avec une fréquence de 0 à 22 p.cent. ROTSTEIN, comparant la fréquence du rhumatisme dans une population générale (2,5 p.cent), à celle trouvée dans la colite ulcéreuse, conclut à une fréquence 4 fois plus grande dans cette affection.

Sans doute, peut-on expliquer ces écarts pour deux raisons : d'une part, les divergences dans la définition des critères de la colite ulcéreuse, d'autre part, les limites très variables assignées à la notion de manifestations articulaires. Certaines statistiques incluent des manifestations ostéo-articulaires banales et vraisemblablement

coïncidentes : arthroses, polyarthrite rhumatoïde. A cet égard, les travaux récents font preuve d'une plus grande rigueur dans l'analyse des signes articulaires, aidés en cela par la détection du facteur rhumatoïde. Enfin, des divergences peuvent apparaître selon qu'on retienne ou non les simples arthralgies.

Si les manifestations rhumatismales de la recto-colite hémorragique ne sont pas rares dans les pays anglo-saxons, où elles ont fait l'objet d'études systématiques, elles semblent par contre, dans nos régions, moins fréquentes : 2,5 p.cent dans la statistique de RACHET et BUSSON, LIEVRE et WATTEBLED insistent sur leur rareté à propos d'une observation personnelle.

Citons encore deux observations publiées par ARNOUS et CLAISSE, celle de WEILL, HALLE et LAMBLING. DEMOLE, COURVOISIER et KRAFTE relatent deux autres cas de colite ulcéreuse avec arthropathie.

Toutefois, DESCAYRAC, dans sa thèse inspirée par Ch. DEBRAY, conclut à la relative fréquence des manifestations articulaires.

ROBERT, BRECHOT et BINOUX, puis HILLEMAND, GILBRIN, BINSAUDE et DELAVIERRE, rapportent deux observations.

SERRE H., SIMON L., CAILLEN J.P. et LIGNIERE Y. sur un lot de 103 spondylarthrites ankylosantes observent 4 cas indiscutables de recto-colite hémorragique.

CACHIN et ANTEBI rapportent une observation de colite ulcéreuse associée à un érythème

noueux et un syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.

F. COSTE, BONTOUX, et Fr. COSTE dans leur travail récent rapportent une série de 21 cas.

Passant en revue la plupart des publications parues jusqu'à ce jour, nous trouvons sur un total de près de 7.500 cas, une fréquence moyenne des manifestations articulaires de 7,6 p.cent avec des variations allant de 0 à 31 p.cent (Tableau 1).

Tableau 1

LA FREQUENCE GLOBALE
des manifestations articulaires de la recto-colite hémorragique

AUTEURS	c u	Manifestations articulaires	
		Nombre	%
ACHESON	1175	23	2 %
BROWN, KAISICH, WEINGARTEN	147	11	7,5 %
COSTE J.	80	0	
DESCAYRAC	17	2	11,8 %
DENIS, KARLSON	267	19	7,1 %
DUGAL	87	2	2,3 %
Mc EWEN	1200	84	7 %
FEDER	88	2	2,3 %
FERNANDEZ, HERLIHY	555	95	17 %
FORD, VALLIS	371	16	4,3 %
HARTL	51	7	13,7 %
JANKELSON, Mc CLURE, SWEETSIR	145	12	8,3 %
JACKMANN, BARGEN, HELMOTZ	95	6	6,3 %
KIRSNER	100	17	17 %
POSEY, BARGEN	43	11	25,6 %
RICKETTS, PALMER	206	12	5,8 %
ROTSTEIN, ENTEL, ZEVINER	333	34	10,2 %
SLOAN, BARGEN, GAGE	2000	155	7,7 %
WARREN, SOMMERS	180	5	3 %
WILLARD, PASSEL, HUNDLEY	66	5	7,3 %
WRIGHT, WATKINSON	108	17	15,7 %
YEOMANS	65	4	6,1 %
ZVAIFLER, MARTEL	100	31	31 %
TOTAL	7479	570	7,6 %

Pour ce qui est de l'entérite régionale, les manifestations articulaires survenaient chez 4,5 p.cent des 600 patients revus par Van PATTER, BARGEN, DAKERTY, FELDMAN, MAYO et WANGH en 1954.

Dans une étude récente portant sur 91 cas, ANSELL et WIGLEY trouvent un pourcentage nettement plus élevé : 30 p.cent.

Tableau II - Fréquence globale des manifestations articulaires dans la maladie de Crohn

AUTEURS	Maladie de Crohn	Manifestations articulaires	
		Nombre	%
ACHESON	742	12 SPA	2,3 %
ANSELL, WIGLEY	91	27	30 %

II - Répartition suivant le sexe

En ce qui concerne la recto-colite hémorragique de grandes séries ont montré qu'il y avait une prédominance féminine parmi les sujets atteints de cette affection.

Plusieurs travaux ont révélé que cette tendance était encore plus forte chez les malades présentant en outre des manifestations articulaires :

- 76 p.cent des cas rapportés par BYWATERS et ANSELL,
- 70 p. cent des cas pour WRIGHT et WATKINSON,

- 57 p.cent d'après FERNANDEZ et HERLIHY.

Toutefois, certains auteurs ne retrouvent pas cette prépondérance féminine. Ainsi, Mc EWEN : 46 p.cent, soit un peu moins de la moitié. Ceci pouvant être expliqué par le nombre élevé de pelvispondylites que comporte sa série.

FORD et VALLIS, sur 15 observations, font état de 6 cas féminins seulement, c'est-à-dire 40 p.cent.

Au cours de l'entérite régionale, ANSELL et WIGLEY trouvent une proportion équilibrée; sur 27 cas, 14 concernent des femmes.

-:-

ARTHRITES PERIPHERIQUES

-:-

La recto-colite hémorragique se complique parfois d'arthrites dont les particularités cliniques et évolutives, témoignant d'une relation de dépendance étroite avec la maladie intestinale, les fait considérer, pour la plupart des auteurs comme spécifiques. Elles prennent place à côté de la spondylarthrite ankylosante, dans ce qu'il est convenu d'appeler le rhumatisme rectocolitique et sont à distinguer de la polyarthrite rhumatoïde.

Toutefois certains auteurs modernes, comme ROTSTEIN et collaborateurs, n'ont pas observé d'arthrites de ce type : ce sont les seuls à notre connaissance.

A l'opposé, c'est la seule modalité d'atteinte articulaire qui est isolée par WRIGHT et WATKINSON sous le nom de "colitic arthritis".

-:-

A - OBSERVATIONS

-:-

Observation n°1

Mlle M... Mireille, née en 1932, présente en décembre 1953, un épisode diarrhéique aigu avec température à 39° et altération de l'état général ayant conduit à une appendicectomie.

En novembre 1954, apparaissent des douleurs peu intenses intéressant un genou et un coude, fixes, avec signes objectifs d'inflammation. Elles disparaissent en quinze jours environ, traitées simplement par l'aspirine.

Le mois suivant, la malade présente un nouvel épisode dysentérique. Il s'agit cette fois d'une diarrhée sanglante et glaireuse. Le diagnostic de recto-colite hémorragique est porté sur l'aspect de la muqueuse à la rectoscopie, la diffusion des lésions au lavement baryté, l'absence d'amibes et de bacilles de Koch à l'examen coprologique. La régression est rapide en quinze jours à trois semaines.

Le 14 mars 1955, la malade est hospitalisée chez le Dr. SALLET, pour un nouveau syndrome dysentérique comportant de 10 à 15 selles par jour, muco-sanglantes, accompagné d'une température à 38°5-39°, et d'une altération de l'état général avec amaigris-

sement de 2 kilos en une semaine. Une nouvelle rectoscopie, avec biopsie cette fois, confirme le diagnostic.

Trois semaines après, le 4 avril, s'installe rapidement un syndrome inflammatoire polyarticulaire :

- intéressant les coudes, les poignets et les genoux,
- dont l'atteinte est à peu près simultanée
- et fixe
- les signes inflammatoires sont particulièrement nets au niveau des genoux qui sont douloureux, chauds et nettement tuméfiés avec épanchement intra-articulaire. La ponction synoviale ramène un liquide puriforme riche en polynucléaires mais sans aucun germe à l'examen direct et à la culture.
- la fièvre qui avait baissé à 38°, remonte à 39°-40°.

Cette polyarthrite a été précédée d'une éruption cutanée localisée aux membres inférieurs, de part et d'autre des crêtes tibiales et à la face postérieure des cuisses. Elle réalisait des macules et des maculopapules de même âge, de la taille d'une pièce d'un franc, rouge, évoluant vers une desquamation furfuracée.

D'autre part, elle s'accompagne d'une conjonctivite dont on constate l'existence environ deux semaines après le début du processus rhumatismal.

L'examen par ailleurs est normal: il n'y a pas de splénomégalie.

La numération globulaire révèle une anémie

discrète à 3.500.000 avec leucocytose à 13.200 comprenant 90 p.cent de polynucléaires neutrophiles. La vitesse de sédimentation est accélérée, supérieure à 50 à la première heure. Les protides totaux sont à 70 g/l.

L'examen des selles, moins nombreuses : 3-4 par jour, montre la présence de pus et de sang et l'absence de parasites.

Des coprocultures répétées ne révèlent aucun germe pathogène.

Des hémocultures pratiquées sur bouillon ordinaire et en milieu de Veilly sont toutes négatives.

Le séro-diagnostic à l'égard des bacilles d'Eberth, para A et B ne montrent pas d'agglutination.

Le lavement baryté montre une atteinte de l'ensemble du cadre colique.

L'aspect radiologique du rachis et des sacro-iliaques est normal.

Le 20 avril, la température est revenue à la normale, l'éruption cutanée, la conjonctivite et le syndrome articulaire ont disparu. La malade ne fait plus qu'une selle par jour.

Le 7 mai, en l'absence de fièvre et de trouble intestinal, apparaît à nouveau un épanchement bilatéral des deux genoux avec choc rotulien.

Celui-ci a disparu quand le 29 mai, apparaît une petite poussée de recto-colite. La malade sort du service en juin.

En janvier 56, découverte d'une lithiase sous-maxillaire droite avec élimination de 3 calculs.

Quatrième hospitalisation, du 4 au 15 mai 1956, pour une nouvelle poussée de recto-colite hémorragique. Il n'y a pas de manifestations rhumatismales. Un lavement baryté montre à cette époque une microrectie.

La malade est ensuite suivie en consultation jusqu'en avril 1959. Elle a gardé pendant un certain temps une sensibilité des genoux aux changements de temps qui a disparu en 1958. En définitive, elle ne conserve aucune séquelle articulaire de sa maladie.

En résumé

Il s'agit d'une recto-colite hémorragique apparue chez une femme jeune de 22 ans. La maladie évolue en 4 poussées d'intensité variable sur un espace de 18 mois.

La première poussée est précédée d'un mois environ par une oligoarthrite subaiguë, discrètement fébrile, intéressant un genou et un coude, disparue en une quinzaine de jours.

La seconde poussée, qui aura été la plus sévère, intéresse du point de vue anatomique tout le cadre colique, elle s'accompagne de 3 séries de symptômes :

- d'abord, un érythème des membres inférieurs de nature indéterminée
- ensuite, d'un syndrome inflammatoire polyarticulaire d'allure aiguë et hautement fébrile, fixe, touchant les grosses articulations des membres et réalisant au niveau des

genoux un épanchement puriforme aseptique - enfin d'une conjonctivite.

Guérison de la poussée en 5 semaines. Peu de temps après, les genoux seront le siège d'une seconde poussée d'hydarthrose qui disparaîtra rapidement.

Les deux dernières poussées seront sans retentissement sur l'appareil ostéo-articulaire. La malade, qui est suivie pendant 4 ans, ne garde pas en définitive de séquelles articulaires.

Observation n°2

Mme V... Bueno, en 1949, à l'âge de 27 ans, présente un syndrome inflammatoire polyarticulaire aigu fébrile touchant les grosses articulations : un coude, les deux genoux et les deux chevilles, avec une température élevée aux alentours de 40°.

Cette polyarthrite s'accompagne d'un érythème noueux typique.

La vitesse de sédimentation est à 140 à la première heure.

Il n'y a pas d'atteinte cardiaque, pas non plus d'antécédent récent d'infection rhino-pharyngée.

Sous l'influence d'un traitement par le salicylate, les douleurs articulaires disparaissent sans séquelles, et la température se normalise au bout d'un mois. La vitesse de sédimentation ne redevient normale qu'après 4 mois.

Une amygdalectomie est pratiquée après la guérison.

Trois ans plus tard, en 1952, débutent les rectorragies. Elles surviennent par crises, une fois par an, en moyenne, durent une à deux semaines, non accompagnées de fièvre. En dehors de ces crises, la malades présente une constipation chronique.

En 1960, un mois environ après un de ces épisodes rectorragiques, s'installe à nouveau, sans cause apparente, un érythème noueux qu'accompagne une polyarthrite de même type et de même topographie. La température est à 39-40°. La vitesse de sédimentation ne dépasse pas 65 à la première heure. Un traitement est entrepris par le cortancyl pendant une durée de 2 mois en commençant par 6 comprimés par jour, relayé ensuite par l'aspirine, à raison de 7 comprimés par jour. L'atteinte articulaire disparaît sans séquelles en 3 semaines. Le coeur reste indemne tant du point de vue clinique qu'électrique.

En mars 1964, la malade est hospitalisée dans le service du Dr. SALLET, pour une diarrhée sanglante avec atteinte de l'état général : température à 39-40°, asthénie, amaigrissement.

Le diagnostic de recto-colite hémorragique est porté, confirmé par la rectoscopie. Le lavement baryté montre une atteinte recto-sigmoïdienne, tandis que la coproculture révèle une surinfection par le staphylocoque doré et le proteus mirabilis.

Un traitement antibiotique est entrepris.

Trois semaines après le début de la poussée de la recto-colite apparaît un érythème noueux siégeant sur les crêtes tibiales. Mais cette fois-ci, il n'est pas accompagné de douleurs articulaires.

Du point de vue biologique, il existe une discrète anémie à 3.750.000 avec hyperleucotyose : 9.800. La vitesse de sédimentation est à 90-123. L'électrocardiogramme est normal. Les antistreptolysines sont à 80 unités.

La malade quitte le service au bout de 3 mois.

Suivie régulièrement jusqu'à ce jour, en consultation, la malade n'a plus présenté d'épisodes rectorragiques importants. Elle ne conserve aucune séquelle articulaire. Une réaction au latex pratiquée récemment est négative.

En résumé

Polyarthrite aiguë fébrile, fixe, touchant les grosses articulations et accompagnée d'un érythème noueux, survenu chez une femme de 27 ans, traitée comme un rhumatisme articulaire aigu malgré l'absence d'infection rhino-pharyngée concomitante, d'atteinte cardiaque et de dosage des antistreptolysines.

Trois ans plus tard, apparaissent des rectorragies survenant par crises à raison d'une par an environ. L'une de ces épisodes est suivi d'un érythème noueux et d'une polyarthrite aiguë fébrile en tous points comparables et guérissant sans séquelles.

Le diagnostic de recto-colite hémorragique est porté à l'âge de 42 ans à l'occasion d'une poussée aiguë accompagnée à nouveau d'un érythème noueux mais cette fois sans atteinte rhumatismale.

-:-

B - REVUE DE LA LITTERATURE

-:-

I - Conditions d'apparition

1 - Fréquence

La fréquence de ces arthrites est variable selon les auteurs : de 3,5 p.cent à 13 p. cent des recto-colites hémorragiques (Tableau 3).

Comparées à l'ensemble des manifestations articulaires, elles en représentent à elles seules :

- 87 p.cent : FORD et VALLIS (41)
- 84 p.cent : BYWATERS et ANSELL (18)
- 69 p.cent : Mc EWEN et coll. (36)

c'est-à-dire, une large majorité (Tableau 4).

Certains auteurs trouvent une proportion moindre :

- F. COSTE, BONTOUX et Fr.COSTE (23): 57 p. cent
- FERNANDEZ et HERLIHY (39) : 46 p.cent

(Près de la moitié de ces cas sont considérés par les auteurs comme des polyarthrites rhumatoïdes sur des arguments d'ailleurs discutables).

Au cours de la maladie de Crohn, si l'on

Tableau IV

Fréquence comparative des diverses manifestations rhumatismales de la recto-colite hémorragique et de la maladie de Crohn

Auteurs	Nombre de recto-colites hémorragiques avec manifestations rhumatismales	Arthrites périphériques		Spondylarthrites		Arthralgies	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
BYWATERS	37	31	84	6	16		
COSTE	14	8	57	1	7	5	36
EWEN	83	52	63	19	23	12	14
FERNANDEZ	95	44	46	28	30	23	24
FORD	15	13	87	2	13		
ROTSTEIN	21	12	57	9	43		
de SEZE	4	2	50	2	50		
Maladie de Crohn							
ANSELL	27	18	67	6	22	3	11

Tableau III

Fréquences respectives des arthrites périphériques, des
recto-colite hémorragique et de la maladie d

Auteurs	Nbre de RCH	Arthrites périphériques					Spond	
		Nbre	%	M	Féminin		Nbre	
					Nbre	%		
ACHESON							32	
BYWATERS		31					6	
COSTE		8					1	
DESCAYRAC		2						
EWEN	1.200	52	4,3	23	29	56	19	1
FERNANDEZ	555	44	8	14	30	68	28	5
		*1						
FORD	371	13	3,5	7	6	46	2	(
ROTSTEIN	333	12	3,6				9	2
		*2						
WRIGHT	108	17		5	12	70		
ZVAIFLER	100	13	13				6	6
	RE							
ACHESON	742						12	2
ANSELL	91	18	20	7	11	61	6	6
EWEN		2					1	
FORD		3					1	
STEWART							2	

*1 - Les 44 cas d'arthrites périphériques de FERNANDEZ se
polyarthrites rhumatoïdes : 18 (3,3 %)
érythèmes noueux avec manifestations articulaires : 16
arthrites aiguës toxiques: 10 (1,8 %)

*2 - Les 12 cas de ROTSTEIN correspondent à 6 polyarthrite
rhumatoïdes (1,8 %), 3 rhumatismes psoriasiques (0,9 %

en juge d'après les travaux d'ANGELL et WIGLEY (2), les arthrites des membres semblent encore plus fréquentes. En effet, ces auteurs les trouvent dans 20 p.cent de leurs observations.

2 - Age de début

Tout comme la maladie auquel il est lié, le rhumatisme recto-colitique survient chez l'adulte jeune : entre quinze et quarante-cinq ans dans 71 p.cent des cas (Mc EWEN), 21 p.cent avant 15 ans, 8 p.cent après 45 ans.

3 - La répartition suivant le sexe

La plupart des statistiques révèlent une prédominance féminine allant de 61 p.cent à 76 p.cent des cas (Tableau 3).

Seuls FORD et VALLIS (41) n'ont que 46 p. cent des cas féminins.

4 - Relations entre l'arthrite et le type de la recto-colite hémorragique

Selon WRIGHT et WATKINSON (104), il existe une relation de fréquence entre l'extension anatomique de la recto-colite hémorragique et le rhumatisme recto-colitique qu'ils rencontrent dans 22 p.cent des formes intéressant l'ensemble du cadre colique contre 12 p.cent parmi les formes intéressant le côlon gauche et 4 p.cent des formes limitées au rectum.

Mc EWEN (36), sur 24 malades présentant une arthrite périphérique, en trouve 13 avec une recto-colite étendue à l'ensemble du cadre colique.

COSTE et collaborateurs (23), sur 9 cas, trouvent 4 atteintes totales du côlon.

Si l'on considère l'intensité de la maladie intestinale, d'autres auteurs pensent au contraire que le rhumatisme se développe surtout dans les formes légères ou de moyenne intensité, comportant 1 ou 2 poussées annuelles. Il est rare dans les formes sévères.

WRIGHT et WATKINSON (104) le retrouvent aussi avec une plus grande fréquence lorsqu'il existe certaines complications locales telles :

- une suppuration péri-anale (37 p. cent) ou une pseudopolypose (28 p. cent)

contre 12 p. cent chez des malades qui ne présentent pas ces complications.

5 - Association à l'érythème noueux

L'association de l'érythème noueux à la recto-colite hémorragique est bien connue. Il est plus particulièrement rencontré dans les formes articulaires de cette maladie. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

6 - Relation dans le temps entre le début de la colite ulcéreuse et les arthrites spécifiques

Depuis les travaux de BARGEN et HENCH (5), il est reconnu que les arthrites périphériques des colites ulcéreuses suivent dans la majorité des cas, le début de l'affection intestinale, mais, qu'occasionnellement, elles peuvent apparaître les premières. Tous les travaux récents confirment cette notion.

Le pourcentage des arthrites périphériques

débutant après ou en même temps que la colite ulcéreuse va de 81 p.cent à 100 p.cent, selon les auteurs (Tableau 5).

Il en est de même pour l'entérite régionale. Les cas rapportés par ANSELL et WIGLEY (2) montrent que 13 fois sur 14, c'est-à-dire dans 93 p.cent des cas, les arthrites se sont installées après ou en même temps que l'entérite régionale.

Elles surviennent rarement au cours de la première poussée, mais en général après un certain temps d'évolution, variant :

- d'un an à 17 ans pour ANSELL et WIGLEY
- de quelques semaines à 35 ans pour EWEN (36) en général supérieur à un an
- d'un à 13 ans pour FORD et VALLIS (41)
- dans la moitié des cas après 10 ans d'évolution de la recto-colite pour WRIGHT et WATKINSON (104).

Tableau V

Relation dans le temps entre le début de la colite ulcéreuse et le rhumatisme recto-colitique

Auteurs	Arthrites périphériques					Pelvispondylites				
	Total	Début de la colite antérieur ou simultané		postérieur		Total	Début de la colite antérieur ou simultané		postérieur	
		Nbre	%	Nbre	%		Nbre	%	Nbre	%
ACHESON BYWATERS & ANSELL	37	30	81 %	7	19 %	31	19	61 %	12	39 %
EWEN & Col.	52	47	90 %	5	10 %	19	14	74 %	5	26 %
FERNANDEZ & HERLIHY	44	40	90 %	4	10 %	28	23	82 %	5	18 %
FORD & VALLIS	14	14	100 %	0	-	2	1		1	
ANSELL et WIGLEY	14	13	93 %	1	7 %	5	3	60 %	2	40 %

II - Description

1 - Début

Habituellement, le début est brusque : l'atteinte articulaire étant à son maximum en 12 à 24 heures dans plus des 4/5 des cas pour Mc EWEN (36).

WRIGHT et WATKINSON (104) ne retrouvent ce début aigu que dans un peu plus de la moitié des cas, insidieux dans les autres.

2 - Caractères de l'atteinte articulaire

Dans la majorité des cas, l'inflammation se localise initialement à une seule jointure, puis en quelques heures à 4 jours, elle gagne une deuxième ou une troisième articulation. Une fois sur deux environ, elle persiste au niveau de la 1ère jointure atteinte, jusqu'à ce qu'elle soit au maximum au niveau des autres, où elle se fixe pendant toute la durée d'évolution de l'accès.

Habituellement, se trouve réalisé le tableau d'une mono ou d'une oligoarthrite, touchant dans les 4/5 des cas un à trois articles (Mc EWEN).

Les tibio-tarsiennes et les genoux sont les plus fréquemment touchés, tant lors de la première poussée que à l'occasion des rechutes.

Viennent ensuite, d'après Mc EWEN (36), en ordre décroissant :

- les coudes,
- les interphalangiennes proximales,
- les poignets,
- les métacarpophalangiennes,

- les épaules,
les hanches, les métatarso-phalangiennes et les orteils sont rarement touchés.

BYWATERS et ANSELL (18) attachent une certaine importance à l'atteinte des interphalangiennes distales des orteils (4 fois sur 37 de leurs malades). Rare dans la polyarthrite rhumatoïde, elle doit faire rechercher selon les auteurs, un psoriasis, une colite ulcéreuse ou un syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.

Toutefois, cette localisation paraît rare pour les autres auteurs.

L'asymétrie des atteintes est généralement notée. Mc EWEN sur 52 cas d'arthrites périphériques relève :

- 15 atteintes totalement symétriques,
- 31 " partiellement "
- 6 " asymétriques.

Le rhumatisme est le plus souvent de type subaigu, l'inflammation se traduisant par ses signes habituels :

- douleur
- limitation des mouvements
- gonflement
- augmentation de la chaleur locale
- rougeur des téguments dans 1/3 des cas (Mc EWEN)
- l'épanchement articulaire peut se voir, surtout au niveau des genoux.

BYWATERS et ANSELL montre la ressemblance du rhumatisme recto-colitique avec le rhumatisme articulaire aigu et sur la difficulté de les distinguer dans certains cas, du moins

a posteriori.

En effet, d'une part, les déterminations rhumatismales de la recto-colite hémorragique prennent parfois le type d'une polyarthrite aiguë migratrice. D'autre part, ces malades peuvent présenter en outre, des antécédents de maladie de Bouillaud, Cinq des 98 colites ulcéreuses revues par ces auteurs avaient présenté un rhumatisme articulaire aigu, dans les années précédant le début de l'affection intestinale, et parmi celles-ci, deux s'accompagnaient de manifestations arthritiques. Dès lors, s'il est probable que ces malades avaient présenté véritablement un rhumatisme articulaire aigu, il est tout aussi possible qu'il s'agissait d'arthrites prodromales de la colite ulcéreuse, d'autant qu'aucun de ces cinq cas n'avaient de séquelles cardiaques.

Tel est le problème que pose notre observation n°2. Mais dans ce cas particulier, l'existence d'un érythème noueux réalise un trait d'union entre le syndrome inflammatoire polyarticulaire aigu fébrile, étiqueté rhumatisme articulaire aigu et la recto-colite hémorragique qui a suivi.

3 - Association à l'érythème noueux

L'association à l'érythème noueux est assez fréquente. Bien que pouvant apparaître sans arthrite, il est surtout rencontré dans les formes articulaires de la recto-colite hémorragique.

Au cours de la colite ulcéreuse, une revue de la littérature portant sur 1.387 observations permet à KELLEY et LOGAN (59)

d'avancer le chiffre de 2,5 p.cent, tandis qu'un travail analogue de PLACITELLI aboutit à une incidence de 8 p.cent. YARNIS et CROHN sur 140 cas de formes segmentaires, notent un érythème noueux dans 10 p.cent des cas.

La proportion est nettement plus grande si l'on ne retient que les formes accompagnées de rhumatisme : 14 à 35 p.cent (Tableau 6).

Mac EWEN souligne le fait que c'est au cours des manifestations rhumatismales périphériques seulement et non dans les spondylarthrites que se multiplie par 3 ou 4 cette association.

L'aspect clinique de ces érythèmes noueux est d'ordinaire très typique, bien qu'on ait noté parfois des nouures au niveau du tronc, du cou et de la face (JACOBS). Dans la plupart des cas, il se limite aux régions prétibiales (WRIGHT et WATKINSON).

Tout comme les manifestations rhumatismales, il apparaît au cours d'une poussée de la colite ulcéreuse et très rarement au cours de la première poussée. Le plus souvent, il fait suite aux manifestations intestinales et disparaît toujours avant ou en même temps qu'elles. Il possède également la même tendance à la récidive, soit au cours d'une même poussée, soit au cours de poussées ultérieures. Témoignant en outre de la même relation étroite avec la colite ulcéreuse, FERNANDEZ et HERLIHY (39), ont constaté que dans chaque cas où la colectomie fut pratiquée, il disparut.

ANSELL et WIGLEY (2) pensent que l'érythè-

Tableau VI

L'érythème noueux au cours des formes articulaires (type arthrites périphériques) de la recto-colite hémorragique

Auteurs	Nombre de rhumatisme recto-colitique	Nombre d'érythème noueux	Pourcentage
BYWATERS & ANSELL	37	8	21,6 %
COSTE F., BONTOUX & COSTE Fr.	14	2	14,3 %
Mc EWEN & Col.	52	12	23 %
FERNANDEZ & HERLIHY	49	16	32,6 %
FORD & VALLIS	15	5	33,3 %
WRIGHT & WATKINSON	17	6	35,3 %
TOTAL	184	49	26,6 %

me noueux est aussi commun dans la maladie de Crohn que dans la recto-colite hémorragique. Ils rapportent les statistiques de :

Van PATTER : 5 sur 600 cas,
DAFFNER : 2 sur 100 cas,
Eux-mêmes, sur 27 cas accompagnés de polyarthrite ont découvert 2 érythèmes noueux (7,4 p.cent).

4 - Autres lésions cutanées

D'autres lésions cutanées peuvent être observées :
- ulcère de jambe,
- pyoderma gangrenosum,
- ulcérations banales.

Leur coïncidence avec les manifestations rhumatismales, fréquente pour WRIGHT et WATKINSON (104), est niée par Mc EWEN (36).

On peut également trouver (COSTE) :
- purpura : 2 cas,
- éruptions pustuleuses ou furonculeuses: 4 cas,
- eczéma : 1 cas.

ROBERT (80) rapporte un cas où coexistaient plusieurs types d'éléments cutanés :
- des novules dermo-épidermiques,
- des éléments bulleux,
- et un placard érisipelatoïde.

Un malade de Mc EWEN (36) présentait des lésions cutanées de lupus érythémateux, qui avaient précédé de loin l'installation de la colite ulcéreuse et qui, à cette occasion, fut suspecté d'une transformation en

lupus érythémateux disséminé.

Le psoriasis a été rencontré par ROTSTEIN et Col. (83) : 3 cas sur 333 colites ulcéreuses, soit 0,9 p.cent. Ces auteurs qui n'admettent pas l'existence d'un type spécifique de polyarthrite, n'hésitent pas à faire de ces cas des rhumatismes psoriasiques.

5 - Signes oculaires

L'association a des signes oculaires :
- conjonctivite ou
- uvéite

a été fréquemment signalée. Ils sont à la base des tentatives de rapprochement du rhumatisme recto-colitique avec le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. Leur fréquence au cours de la recto-colite hémorragique est semblable à celle de l'érythème noueux : 5,5 p.cent sur 128 cas. Ils semblent également plus fréquents dans les formes rhumatismales de la maladie : Mc EWEN et col. (36), sur 52 manifestations rhumatismales périphériques, font état de 8 atteintes oculaires, soit une proportion de 15 p.cent.

D'autre part, ils sont fréquemment associés à l'érythème noueux :

- un cas de CACHIN et ANTEBI (19)
- un autre de FORD et VALLIS (41)
- 6 cas sur 8 de Mc EWEN et col. (36)

Ces auteurs insistent sur leur relation étroite avec la colite ulcéreuse et le processus rhumatismal.

6 - Le retentissement sur l'état général et les signes humoraux de l'inflammation sont très variables d'un cas à l'autre, il est difficile de faire ici la part de ce qui revient à la recto-colite hémorragique ou au rhumatisme.

La numération globulaire renseigne souvent une anémie discrète avec hyperleucocytose, banale dans la recto-colite hémorragique.

La vitesse de sédimentation est habituellement très accélérée pendant les poussées rhumatismales, entre 60 et 120 à la première heure. Lors des rémissions, elle revient à la normale ou reste augmentée, malgré l'absence de symptômes tant articulaires que digestifs (BYWATERS).

L'électrophorèse présente des modifications non spécifiques et inconstantes, à savoir une augmentation des alpha 2 et/ou des gamma globulines.

7 - La sérologie rhumatoïde est habituellement négative. Mc EWEN et col. sur 51 colites ulcéreuses accompagnées de manifestations rhumatismales des membres, ne trouvent qu'une réaction d'agglutination positive, c'est-à-dire 2 p.cent, et 3 réactions d'inhibition positives (6 p.cent).

BYWATERS et ANSELL, sur 29 malades testés, trouvent 4 résultats positifs :

- 2 présentent un tableau de polyarthrite rhumatoïde typique et sont considérés comme des coïncidences,
- un ne fut pas retrouvé par la suite,
- enfin, un, en l'absence de tout symptôme

articulaire au moment du test.

Au cours de l'entérite régionale, ANSELL et WIGLEY (2), ne trouvent aucune sérologie rhumatoïde positive sur 89 cas, de même Mc EWEN et col. (36), sur 3 cas.

Quant à la recherche d'anticorps antinucléaires, elle est toujours restée négative dans les formes articulaires (Mc EWEN, ANSELL et WIGLEY).

La recherche d'anticorps anticôlon est par contre très intéressante. Effectuée chez 3 malades de de SEZE et col., elle se révéla chaque fois positive à des taux variant de 1/20e à 1/160e. Si elle peut être positive dans certains néoplasmes coliques, cette recherche est en général négative dans les colites infectieuses parasitaires ou banales.

8 - Liquide synovial

L'atteinte des genoux par le processus inflammatoire réalise souvent une forme hydarthrodiale. Le liquide de ponction synoviale que l'on retire dans ces cas est variable, en général comparable à celui d'une polyarthrite rhumatoïde selon BYWATERS et ANSELL. Ces auteurs notent un nombre de cellules qui est au maximum de 11.800/mm3, à majorité de polynucléaires dans tous les cas. Fait inattendu, ils constatent dans la plupart des cas un taux de protéines bas ainsi qu'une viscosité faible plus souvent qu'élevée, alors qu'en général, ces deux caractéristiques varient en proportion inverse.

L'examen direct, ni les cultures ne mettent

de germe en évidence, même dans les cas où le liquide prend un aspect puriforme. La recherche d'organisme "L" entreprise par DUREL dans l'observation de LIEVRE, s'est révélée négative. Même échec dans un cas de COSTE et col. (24) où AMOR avait recherché d'éventuelles cellules à inclusions.

Le facteur rhumatoïde n'y a pas été retrouvé.

9 - Biopsie synoviale

Quelques biopsies synoviales ont été pratiquées : elles montrent un aspect de synovite chronique aspécifique (Mc EWEN et col.) évoquant la "Rheumatoïd Arthritis" pour BYWATERS et ANSELL :

- hyperplasie des cellules bordantes,
- infiltration du conjonctif sous-jacent par un tissu de granulation, d'importance variable, en général pauvre, représenté par quelques lymphocytes, histiocytes, rares plasmocytes et polynucléaires. L'infiltration cellulaire est plus grande dans les cas sévères et s'accompagne d'une augmentation de la vascularisation avec prolifération fibroblastique. Le cartilage peut être érodé par endroit et des débris nécrotiques de cartilage ou d'os inclus dans la synoviale (BYWATERS).

10 - Signes radiologiques

Il n'y a pas de signes radiologiques ou seulement une discrète ostéoporose.

III - Evolution

1 - Durée de la poussée articulaire

La durée de l'épisode articulaire est relativement brève. Elle s'étend dans presque la moitié des cas, selon Mc EWEN (36), sur 4 semaines ou moins. Dans 1/4 des cas, elle est de 5 à 8 semaines, enfin dans le dernier quart, elle s'étend à 6 mois ou 1 an rarement davantage.

Au cours de l'entérite régionale, ANSELL et WIGLEY (2) ont remarqué une durée des attaques tout à fait similaire : de 3 à 8 semaines en général.

2 - Rémission

La rémission est complète et, en règle, elle aboutit à une restitutio ad integrum.

WRIGHT et WATKINSON n'observent pas de séquelles sur 17 cas observés (104).

Cependant certains auteurs en ont rencontrées. Elles sont alors le plus souvent mineures. Du point de vue clinique, elles se résument à une douleur résiduelle, une discrète limitation du jeu articulaire, voire une légère déformation. Isolées ou associées, elles touchent un ou deux articles et se traduisent sur le plan radiologique par une déminéralisation et aussi parfois une érosion cartilagineuse.

BYWATERS et ANSELL sont ceux qui ont trouvé le plus de ces séquelles : 17 sur 37 malades, soit 46 p.cent, dont 16 avaient une

traduction radiologique.

Mac EWEN et col. observant 52 cas, en notant chez 13 d'entre eux (25 p.cent), 9 ayant une signature radiologique. Un seul malade, sur 13 vus par FORD et VALLIS (41), conservait une petite tuméfaction douloureuse du poignet avec discrètes lésions radiologiques.

Rarement on aboutit à un rhumatisme déformant. BYWATERS et ANSELL (18) en observent 2 cas et en écartent 2 autres qui présentaient des réactions sérologiques positives.

Au cours de l'entérite régionale, ANSELL et WIGLEY (2) n'ont observé que de minimes séquelles sans traduction radiologique, au niveau des genoux généralement.

3 - Récidives

Un caractère particulier de ces manifestations rhumatismales est leur tendance à la récidive. Elle est reconnue de façon unanime.

Mc EWEN (36) observe chez ses 52 malades, 142 poussées rhumatismales sur une période d'observation allant d'un à 25 années. Le nombre moyen des attaques était de :

- 1,4 après 1 an d'évolution,
- 2 en 5 ans d'évolution,
- 2,3 en 10 ans d'évolution,
- 2,5 en 15 ans d'évolution.

4 - Parallélisme évolutif avec l'affection intestinale et guérison après colectomie

Il est intéressant de constater le paralléle-

lisme étroit qu'il existe dans l'évolution des 2 ordres de troubles : intestinaux et articulaires.

La première poussée rhumatismale survient presque toujours après ou en même temps que le début de la recto-colite hémorragique : Mc EWEN (90 p.cent), FERNANDEZ-HERLIHY (85 p.cent), WRIGHT et WATKINSON (100 p.cent).

Ultérieurement aussi la concordance chronologique des crises articulaires et intestinales est fréquente (Tableau 7).

ANSELL et WIGLEY (2) ne trouvent pas cette relation étroite entre l'atteinte articulaire et l'activité du processus intestinal. Ils font toutefois remarquer que l'évaluation de celle-ci est difficile dans l'entérite régionale.

A l'inverse, l'amélioration de la poussée intestinale, qu'elle soit spontanée ou consécutive à la thérapeutique médicale, est, en général, suivie d'une cédation progressive de l'atteinte articulaire. Les corticoïdes ont une action bénéfique sur les deux troubles, mais elle est de peu de spécificité. Bien plus significatives sont les améliorations et les guérisons totales du processus rhumatismal après colectomie. Le traitement chirurgical se révèle efficace dans les 2/3 des cas environ (Tableau 8).

Certains auteurs ont suggéré que les résultats dépendaient de l'étendue d'éradication du trouble intestinal. Cette notion ne ressort pas de la statistique de Mc EWEN qui a comparé les effets respectifs de l'iléostomie,

Tableau VII

Poussées simultanées de colite et d'arthrite

Auteurs	Arthrites périphériques			Spondylarthrites		
	Malades	Poussées simultanées		Malades	Poussées simultanées	
		Nombre	%		Nombre	%
Mc EWEN	52	31	60 %	19	5	26 %
FERNANDEZ et HERLIHY	30	19	63 %	28	4	14 %
SERRE				4	3	75 %
WRIGHT et WATKINSON	16	14	88 %	0	-	-

Tableau VIII

Résultats du traitement chirurgical

Auteurs	Interventions (iléostomies et colectomies partielles ou totales)	Amélioration ou guérison du rhumatisme		Progression
		Nombre	%	
BYWATERS et ANSELL	7	5	71 %	2
Mc EWEN	15	9	60 %	6
FERNANDEZ et HERLIHY	30	20	67 %	10
FORD et VALLIS	4	3	75 %	1
TOTAL	56	37	66 %	19

de la colotomie, des colectomies partielle et totale, mais n'a pas trouvé de différence significative.

-:-

ARTHRALGIES

-:-

A - OBSERVATIONS

Observation n°3

Mme P... Nicole, 38 ans, qui présente des troubles digestifs à type de constipation depuis plusieurs années, est hospitalisée dans le service du Dr. CAROLI, pour un syndrome composé de :

- diarrhée importante faite de selles afécales purulentes, sanglantes et fétides,
- d'une altération de l'état général avec amaigrissement et fièvre à 38°5-39°5, installée 8 jours auparavant en même temps que
- des arthralgies localisées aux membres supérieurs : poignets et coudes.

Antécédents : rougeole à l'âge de 16 ans et ictère par hépatite à 30 ans.

Examens biologiques :
- vitesse de sédimentation 58-92,
- formule numération sanguine : 4.220.000 globules rouges, 12.200 globules blancs, 71 p.cent polynucléaires neutrophiles,
- séro-diagnostic : T.A.B. et mélitococcie négatifs
- recherche de cellules LE et de facteurs antinucléaires négative .

La rectoscopie montre un aspect de recto-

colite ulcéreuse et hémorragique.

La coproculture ne montre que quelques colonies de staphylocoques saprophytes.

Le lavement baryté montre une atteinte du rectum remontant jusqu'au côlon gauche. Le grêle est intact.

Sous l'influence d'un traitement par ACTH 25 U. tous les 2 jours pendant 15 jours, puis cortancyl 30 mg à dose régressive, les arthralgies disparaissent en quelques jours et la guérison de la recto-colite est obtenue en 1 mois.

En résumé

Chez une femme de 38 ans, forme habituelle de recto-colite hémorragique dont l'installation a été précédée pendant 8 jours d'arthralgies des membres supérieurs touchant les grosses articulations avec fièvre à 38°5-39°5. Les douleurs articulaires et la recto-colite ont rapidement cédé à la corticothérapie.

Observation n°4

Mr. T... Abdelk, 44 ans, gardien de nuit, est hospitalisé dans le service du Dr. SALLET, en 1964, pour une recto-colite hémorragique. L'installation de la diarrhée sanglante a été rapide avec température à 40°, accompagnée d'arthralgies assez vives touchant un poignet, les genoux et les chevilles. Celles-ci disparaissent spontanément en 48 heures.

Antécédents : depuis une douzaine d'années,

le malade ressent quelques douleurs cervicales et lombo-fessières droites discrètes et fugaces, avec une fois une irradiation sciatique jusqu'à la malléole externe.

Examens complémentaires :
- vitesse de sédimentation : 33-59,
- numération formule sanguine : 4.500.000 globules rouges, 6.800 globules blancs, 56 p.cent neutrophiles.
- coproculture : surinfection par citrobacter ; le lavement baryté révèle une atteinte sigmoïdienne.
- la rectoscopie montre un aspect typique de recto-colite hémorragique avec muqueuse saignante, ulcérée et recouverte de plaques purulentes.

La guérison est obtenue en 3 semaines après un traitement par pénicilline et salazopirine.

Revu un an plus tard, le malade n'a plus présenté aucun symptôme intestinal, mais se plaint toujours de rares lombalgies et cervicalgies. L'examen ostéo-articulaire est négatif.

La vitesse de sédimentation est normale.
Un test au cétavlon est à 15 unités.
Un test au latex est négatif.
Des clichés du rachis lombaire et cervical sont normaux. Les sacro-iliaques sont normales.

En résumé

Chez un homme de 44 ans, poussée de recto-colite hémorragique dont l'installation est accompagnée d'arthralgies fugaces disparais-

sant spontanément en 48 heures. Un bilan ostéo-articulaire clinique, biologique et radiologique, effectué un an après, est normal.

o

B - REVUE DE LA LITTERATURE

Des arthralgies sans signes objectifs s'observent fréquemment dans la recto-colite hémorragique (Tableaux 3 et 4). Si elles ne sont trouvées que dans 1 p.cent des cas de Mc EWEN, FERNANDEZ-HERLIHY, eux, les rencontrent dans 4 p.cent de leurs observations et en font l'expression du rhumatisme recto-colitique la plus fréquente après la pelvi-spondylite. Elles apparaissent dans 3 p.cent des cas d'entérites régionales d'Ansell et Wigley.

La distribution suivant le sexe est à peu près la même que dans les manifestations du type polyarthritique, c'est-à-dire, à prédominance féminine.

Les articulations des membres ne sont pas les seules touchées. En effet, les phénomènes algiques sont divers, ils peuvent intéresser le rachis : 5 lombalgies sur les 8 cas de DESCAYRAC, celui-ci a également rencontré des douleurs intercostales : 1 cas sur 8.

Par ailleurs, leurs caractères évolutifs, sont identiques à ceux des arthrites des mem-

bres : installation concomitante ou ultérieure à la recto-colite hémorragique, mais pouvant la précéder de quelques jours (observation n°3), évolution parallèle aux poussées de recto-colite et guérison habituelle par l'iléostomie ou la colectomie (14 fois sur les 15 cas opérés de FERNANDEZ-HERLIHY).

-:-

SPONDYLARTHRITES

-:-

A - OBSERVATIONS

Observation n°5

Mr. LEG... Louis, Chef de train, présente une iléite terminale, dont le diagnostic radiologique a été porté en juillet 1958 par le Pr. DEBRAY (*), à l'occasion d'un syndrome diarrhéique avec douleur de F.I.D. Depuis un an, le malade était soigné avec peu de résultat pour une colite gauche et avait maigri d'environ 10 kg durant cette période. Les premières poussées diarrhéiques remontaient à 1942.

Le lavement baryté montre un côlon normal, un reflux iléal abondant mettant en évidence un rétrécissement étendu d'une dizaine de centimètres de la dernière anse grêle, avec en amont, tantôt un intestin un peu dilaté, tantôt de dimensions normales, mais avec toujours déformation à type folliculaire. La région du coecum paraît être aussi un peu atteinte. Au total : une iléite terminale probablement très ancienne. En novembre 58, l'atteinte du coecum est confirmée par un nouvel examen radiologique.

(*) que nous remercions de son obligeance.

Devant l'apparition de nombreux syndromes subocclusifs, le malade subit en décembre 59, une résection de la fin du grêle. L'examen histologique confirme le diagnostic : maladie de Crohn pure, partiellement suppurée. Le malade, qui est ensuite suivi régulièrement, présente encore de la diarrhée, mais ne souffre pratiquement plus et reprend 8,600 kg.

C'est en avril 1965 que le Dr. BLOCH-MICHEL découvre des sacro-iliaques suspectes. Les lésions radiologiques prédominent à droite et intéressent le pied des sacro-iliaques. Il s'agit d'un pincement de l'interligne qui est flou et irrégulier, avec condensation des berges, nette à droite, réduite à un simple liseré du côté gauche.

A l'interrogatoire, on apprend que depuis 1960, le malade présente des lombalgies intermittentes avec irradiations fessières se prolongeant à droite jusqu'au genou. La douleur survient en fin de journée et le matin. La vitesse de sédimentation est à 8-17. Un test au cétavlon à 50. Le malade est mis au traitement par antimalariques et alcacyl.

En conclusion :

Sacro-iléite bilatérale découverte chez un homme porteur d'une maladie de Crohn, sept ans après l'établissement du diagnostic, et 5 ans et demi après résection du grêle terminal alors que le malade peut être considéré comme guéri de son affection intestinale.

Observation n°6 SP... Michel

A l'âge de 12 ans et demi (1950), apparition de douleurs sacro-iliaques et sacro-coccygiennes. Des radiographies pratiquées à cette époque sont normales. Un traitement par le salicylate est inefficace. Au bout de 15 jours apparaît un syndrome dysentérique intense, fébrile, avec altération de l'état général. Les symptômes disparaissent sous corticothérapie, avec persistance d'une légère raideur lombaire ; le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu est évoqué.

Nouvelle poussée algique et dysentérique en 1951. Effet favorable de l'A.C.T.H, puis de la cortisone. Une rectoscopie pratiquée par le Dr. RACHET est sensiblement normale.

Six poussées analogues surviennent ensuite, avec diverses arthrites périphériques.

En novembre 1957, rechute avec altération de l'état général aboutissant à un véritable état cachectique. Syndrome dysentérique sévère et arthrites inflammatoires multiples touchant les épaules et les mains ; interphalangiennes proximales du médius à gauche, interphalangiennes proximales du IVe et Ve et métacarpophalangiennes à droite.

Les signes inflammatoires biologiques sont très importants :

- Vitesse de sédimentation 76-85
- Fibrine 8 g
- Formule numération sanguine :

3.870.000 globules rouges, 11.900 globules blancs.
Les antistreptolysines à 3.200 Unités s'effondrent sous traitement antibiotique.

Il existe une sacro-iléite bilatérale : à droite, flou de l'interligne, condensation de la berge iliaque et légère ostéoporose de la berge interne ; à gauche, interligne plus net, mais condensation importante et irrégularités de la berge iliaque. Le rachis est radiologiquement indemne.

Sous corticothérapie et antibiotiques, l'état général se transforme, les arthrites disparaissent et les selles redeviennent normales.

En 1958, plusieurs petites poussées dysentériques, avec arthralgies diffuses et rigidité segmentaire du rachis obligent, chaque fois, à augmenter les doses de prednisone. Au cours d'un de ces épisodes, une rectoscopie (Dr. BUSSON) montre les ulcérations caractéristiques d'une recto-colite hémorragique, non constatées aux examens antérieurs. En octobre 1958, on note une progression des lésions sacro-iliaques.

Depuis cette date, corticothérapie intermittente, réglée sur les signes cliniques et biologiques, associée aux antimalariques et, par moments, à la salazosulfapyridine. La spondylarthrite demeure peu évolutive, respectant radiologiquement le rachis ; la rectocolite est bien contrôlée.

En résumé

Recto-colite hémorragique à forme de colite ulcéreuse, apparue chez un enfant de 12 ans et demi, accompagnée d'emblée de manifestations articulaires. Evolution parallèle au début, des poussées dysentériques et des phénomènes articulaires : ceux-ci prenant la for-

me de douleurs sacro-iliaques et de dorso-lombalgies, avec sacro-iléité radiologique, d'arthralgies et de fluxions articulaires périphériques touchant aussi bien les petites articulations des doigts que les coudes, les genoux ou les chevilles.

Actuellement, recto-colite stabilisée, mais évolution lente et pour son propre compte de la spondylarthrite ankylosante.

o

B - REVUE DE LA LITTERATURE

I - Conditions d'apparition

1 - Fréquence

L'existence de spondylarthrites ankylosantes d'origine recto-colitique semble actuellement prouvée. Plusieurs statistiques, en effet, révèlent une fréquence notable de la pelvispondylite chez les malades atteints de recto-colite hémorragique (Tableau 3), les pourcentages variant de 0,5 à 6 p.cent, suivant les auteurs. Selon ACHESON, elle serait 20 fois plus fréquente que dans une population générale, 50 fois pour ROTSTEIN en comparaison avec les 0,05 p.cent, retrouvés chez les témoins.

ACHESON et ANSELL mettent en évidence des chiffres tout à fait comparables au cours de l'entérite régionale : 2,3 p.cent et 6 p.cent.

A l'inverse, d'autres statistiques témoi-

gnent d'une fréquence inattendue de la recto-colite hémorragique au cours de la spondylarthrite ankylosante (Tableau 9) : de 1,5 à 4 p.cent, avec une moyenne de 2,1 p.cent sur un total de 841 cas. Selon COURT et coll. il y aurait 13 fois plus de mort par colite ulcéreuse chez les spondylarthritiques que chez les témoins.

Sa place parmi les autres aspects du rhumatisme recto-colitique, est diversement appréciée (Tableau 4). ROTSTEIN et col., FERNANDEZ et HERLIHY lui attribuent le premier rang.

2 - Incidence suivant le sexe

La répartition selon le sexe revêt un caractère particulier qui est la relative fréquence des cas féminins : 22 p.cent des observations de ROTSTEIN, 29 p.cent de celles rapportées par FERNANDEZ-HERLIHY (Tableau 3).

3 - Relation avec le type de l'affection intestinale

ZWAIFLER et MARTEL (106), parmi leurs 6 cas de spondylarthrite ankylosante, trouvent 5 fois une atteinte de l'ensemble du cadre colique. A l'opposé, une telle relation n'apparaît pas à ANSELL et WIGLEY (2) dans la maladie de Crohn, pas plus avec la sacro-iléite que précédemment avec les arthrites des membres.

4 - Relation entre le début de la colite et celui de la spondylarthrite (Tableaux 5 et 10)

Elle met en évidence une précession plus

Tableau IX

Fréquence de la recto-colite hémorragique au cours de la spondylarthrite ankylosante

Auteurs	Nombre de spondylarthrite ankylosante	Nombre de recto-colite hémorragique	%
ROMANUS	117	3	2,6 %
SEPPE et SIMON	103	4	4 %
STEINBERG et STOREY	399	6	1,5 %
WILKINSON & ZIWATZKI	222	5	2,2 %
TOTAL	841	18	2,1 %

Tableau X

Relation entre le début de la colite et celui de la spondylarthrite

Début par	Spondylarthrite ankylosante	Rectocolite hémorragique	Les deux	Total
ACHESON	12	7	12	31
Mc EWEN	4	6	3	13
FERNANDEZ	5	15	8	28
SERRE	1	2	1	4
STEINBERG		7		7
WRIGHT		3		3
ZVAIFLER	1	5		6
ANCELL & WIGLEY	2	3(RE)		;5
TOTAL	25	48	24	97

fréquente de la spondylarthrite que des arthrites périphériques par rapport à l'affection intestinale : Mc EWEN : 26 p.cent contre 10 p.cent, FERNANDEZ-HERLIHY : 18 p. cent contre 10 p.cent, ANSELL et WIGLEY : 40 p.cent contre 7 p.cent.

Le début simultané ou ultérieur reste malgré tout le plus fréquent pour la majorité des auteurs, exception faite de ROTSTEIN et col., dont 44 p.cent seulement des spondylarthrites débutèrent après la colite ulcéreuse.

II - Description

1 - Clinique

La spondylarthrite accompagnant la colite ulcéreuse est identique tant du point de vue clinique que radiologique à celle que l'on rencontre de façon isolée. Elle présente cependant quelques caractères particuliers qui, sans permettre d'en faire un type spécial, sont toutefois intéressants du point de vue diagnostic.

Ainsi en est-il de la fréquence des fluxions articulaires périphériques :

- 19 cas sur 54 pour ACHESON
- 9 cas sur 28 pour FERNANDEZ-HERLIHY
- 2 cas sur 6 pour ZVAIFLER et MARTEL
- 3 cas sur 4 pour SERRE et SIMON.

C'est pourquoi, ces derniers auteurs insistent pour que l'examen des sacro-iliaques et la recherche des signes rachidiens soient systématiques au cours de la recto-colite hé-

morragique, dès qu'il existe des manifestations articulaires périphériques.

Une autre petite différence avec la spondylarthrite isolée est relevée par Mc EWEN et col. pour qui la hanche est intéressée dans à peu près la moitié des cas de spondylarthrites accompagnant la colite ulcéreuse, contre un quart dans la spondylarthrite isolée. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, selon les mêmes auteurs : les épaules, les genoux, les chevilles, les poignets, enfin les coudes et les interphalangiennes proximales.

Les statistiques montrent en outre la fréquence des formes muettes et trompeuses où la pelvispondylite se résume à une sacro-iléite uni- ou bilatérale isolée, sans signe rachidien, accompagnée ou non de fluxions articulaires périphériques :

- ACHESON : 22 sur 54 cas,
- ZWAIFLER: 2 sur 6 "
- ANSELL : 12 sur 18 "
- SERRE & SIMON : 2 sur 4 "

L'association à l'érythème noueux est moins fréquente que lors des arthrites des membres : Mc EWEN et col. ne le rencontrent qu'une fois sur 19 cas, soit dans 5 p.cent des cas, contre 23 p.cent lors des fluxions articulaires périphériques. Son incidence serait donc la même que sur l'ensemble des recto-colites hémorragiques.

Quelques auteurs ont relevé la coïncidence d'un psoriasis :

Un malade de Mc EWEN présentait la triade: psoriasis, spondylarthrite et entérite régionale.

Un cas de BYWATERS associait au psoriasis une colite ulcéreuse avec sacro-iléite et arthrite interphalangienne proximale. ANSELL et WIGLEY rapportent deux cas au cours d'entérite régionale avec sacro-iléite.

Bien que rare, cette association lorsqu'elle se rencontre, pose un problème nosologique. Faut-il parler comme ROTSTEIN et col. de rhumatisme psoriasique ?

Soulevant un autre problème, celui des rapports avec le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, on peut rencontrer, lors de la spondylarthrite accompagnant la recto-colite hémorragique, certaines lésions ophtalmiques :

ACHESON fait état de 9 uvéites sur 54 spondylarthrites, 5 accompagnaient une entérite régionale, 4 une colite ulcéreuse.

Mc EWEN et col., sur 19 spondylarthrites accompagnant la colite ulcéreuse, relèvent 1 conjonctivite et 1 uvéite dont l'évolution était parallèle à la colite ulcéreuse.

2 - Examens complémentaires

La sérologie est toujours restée négative chaque fois qu'elle fut cherchée : tant les réactions de Waaler-Rose et du latex, que la recherche de facteurs antinucléaires (ANSELL et WIGLEY, Mc EWEN, SERRE et SIMON, STEWART et ANSELL, ZVAIFLER).

Parmi les 3 malades de de SEZE et col., qui bénéficièrent d'une recherche d'anticorps anticôlons et qui furent toutes les trois positives, un seul d'entre eux présentait une sacro-iléite.

Deux biopsies synoviales, l'une de la hanche, l'autre du genou, réalisées par Mc EWEN, ont montré un aspect de synovite chronique non spécifique, identique à celui rencontré dans la forme purement périphérique du rhumatisme recto-colitique.

3 - Radiologie

Les signes radiologiques sont ceux d'une spondylarthrite isolée : atteinte progressive des sacro-iliaques et du rachis, syndesmophytose.

ZVAIFLER et MARTEL notent en outre des érosions de la symphyse pubienne, des tubérosités ischiatiques ainsi que des articulations acromio-claviculaires, sterno-claviculaires et sterno-manubriales.

III - Evolution

Elle s'oppose point par point à celle des arthrites périphériques.

Ainsi y a-t-il la plupart du temps asynchronisme des poussées articulaires et coliques (Tableau 7). Mc EWEN ne trouve une évolution parallèle que dans 1/4 des cas seulement ; FERNANDEZ-HERLIHY, 4 fois sur 28 ; ROTSTEIN et col. trouvent autant de poussées simultanées des 2 processus que d'un seul.

D'ailleurs, comme le souligne Mc EWEN, l'atteinte des sacro-iliaques et du rachis ainsi que l'arthrite des hanches et des épaules est essentiellement continue et progressive. Ce sont surtout les autres articulations périphériques qui, lorsqu'elles sont atteintes, le sont de façon transitoire, pendant quelques semaines à quelques mois.

En opposition également au rhumatisme purement périphérique, tous ces malades présentent des séquelles permanentes :

- disparition complète ou partielle des sacro-iliaques,
- lésions rachidiennes identiques à celles de la spondylarthrite isolée, mais peut-être moins extensives et n'entraînant pas de déformation physique ou de limitation fonctionnelle aussi appréciables, après une évolution prolongée.

Enfin, la colectomie est dans la plupart des cas, sans effet sur l'évolution du rhumatisme : FERNANDEZ-HERLIHY, sur 15 colites ulcéreuses avec spondylarthrite ne constatent que 3 améliorations après colectomie, tandis que les 12 autres persistent ou même progressent. La constatation d'une spondylarthrite au cours de la colite ulcéreuse, ne constitue donc pas une indication au traitement chirurgical de celle-ci.

Selon BOWEN et KIRSNER (14), la spondylarthrite d'origine colitique répond mal au traitement médical, par la phénylbutazone, ainsi qu'à la radiothérapie. L'absence de réponse d'une spondylarthrite ankylosante en apparence isolée, à de telles thérapeutiques, doit, selon ces auteurs, suffi-

re pour justifier la recherche d'une colite ulcéreuse ou d'une entérite régionale jusque là non diagnostiquée.

-:-

PATHOGENIE

-:-

La pathogénie des manifestations articulaires de la recto-colite hémorragique pose des problèmes qui ne sont guère élucidés, et l'on en est réduit aux hypothèses.

I - Hypothèse d'une origine infectieuse

1 - D'emblée, on peut affirmer qu'il ne s'agit certainement pas d'arthrites bactériennes septiques.

Les cultures de liquide articulaire faites jusqu'à ce jour, sont toujours restées négatives.

Parfois, l'épanchement synovial est puriforme (HILLEMAND), mais il reste aseptique.

Il en est de même des 2 observations exceptionnelles de fistulisation rapportées par FRIEDMANN.

2 - Bien que l'étiologie virale de la recto-colite hémorragique ne repose à l'heure actuelle sur aucun argument, on doit considérer de plus près l'étiologie virale des manifestations articulaires qu'on y rencontre.

Les lésions coliques créent en effet des

conditions favorables à la pénétration d'antérovirus dans l'organisme.

A cet égard, le rapprochement avec le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter a été tenté par HILLEMAND, CACHIN, FORD et VALLIS.

S'il est exceptionnel de le retrouver au complet, DESCAYRAC en rapporte une observation de MARCHE dans sa thèse. Il est par contre moins rare de retrouver des éléments dissociés du syndrome.

C'est ainsi que :

- JACKMANN, BARGEN et HELMOTZ (55),
- ELITZACK et WIDERMAN (34),
- LUGAL (32),
- JACOBS (56),
- FORSTER (42),
- CACHIN et ANTEBI (19),
- FORD et VALLIS (41),

rapportent des cas d'iritis et de conjonctivite ainsi que de lésions cutanées de types variés, en association avec les arthrites et la recto-colite hémorragique.

- Mc EWEN relève une conjonctivite ou une uvéite dans 15 p.cent de ses cas avec manifestations articulaires, et en association avec elles dans la quasi-totalité, tandis que KIRSNER en rapporte 5,5 p.cent dans la recto-colite en général.

On peut trouver aussi des lésions cutanées pustuleuses et des ulcérations buccales comme dans le syndrome Occulo-urétro-synovial, bien qu'il s'agisse le plus souvent d'érythème noueux.

La distribution des atteintes articulaires, leur évolution et le passage possible vers la spondylarthrite ankylosante, sont autant d'arguments pour.

Toutefois, l'uréthrite est exceptionnelle, signalée seulement dans un cas de SERRE.

D'autre part, la précession fréquente de l'état articulaire, est aussi un élément contre l'intégration dans le cadre de ce syndrome.

De plus PORRINI et Mc EWEN, comparant statistiquement les signes cliniques et radiologiques de la spondylarthrite isolée ou associée à la recto-colite hémorragique, à ceux de la spondylarthrite associée au syndrome de Reiter ou au psoriasis, relèvent des différences significatives entre les deux groupes.

Enfin, la recherche de virus a été faite chez un malade de COSTE et BONTOUX. AMOR n'a trouvé chez lui aucune inclusion dans les cellules du liquide articulaire ni de la synoviale. Nous reprenons la conclusion prudente de ces auteurs en disant que de telles recherches devront être répétées avant qu'on puisse se prononcer sur l'assimilation des arthrites de la recto-colite hémorragique à celles du syndrome occulo-urétro-synovial.

II - Hypothèse d'une origine allergique ou immunologique

L'origine allergique des arthrites observées au cours de la recto-colite hémorragi-

que peut être suspectée sur les arguments suivants (COSTE, BONTOUX, COSTE) :

- durée éphémère des épisodes articulaires,
- parallélisme habituel entre ceux-ci et les recrudescences de la colite,
- récidives des arthrites,
- fréquence remarquable d'un érythème noueux concomitant.

Un fondement objectif est fourni à cette théorie par la mise en évidence de phénomènes de sensibilisation au cours de la recto-colite hémorragique.

L'origine allergique de la recto-colite hémorragique est une des théories étiologiques de cette maladie. En dehors des ouvrages maintenant classiques, quoique toujours discutés d'ANDRESEN, de RINKEL, de ROWE et col., de multiples travaux ont été publiés.

Les sensibilisations allergiques aux divers allergènes ont été étudiées par DUBARRY et col., l'allergie alimentaire par SORLES et col.

Deux autres types d'allergies sont intéressantes à retenir :

1 - L'allergie microbienne

On peut admettre avec CATTAN que les manifestations articulaires représentent des phénomènes d'allergie aux toxines des germes de surinfection. Cette sensibilisation aux surinfections, dont la fréquence est bien connue au cours de la colite ulcéreuse, paraît assez vraisemblable dans l'état actuel de nos connaissances.

ROBERTI en a d'ailleurs apporté la démonstration. Etudiant 18 cas de recto-colite hémorragique, il teste ceux-ci du point de vue microbien avec des autovaccins obtenus à partir des propres germes de surinfection des malades, retrouvés par coproculture. Il se limite aux entérobactériacées, écartant l'étude allergologique du staphylocoque et du pyocyanique. Les tests employés sont de deux sortes : l'intra-dermo-réaction et le patch-test. Il obtient ainsi non seulement une réaction locale, mais aussi une réaction focale au niveau de la muqueuse rectale. Plus ou moins violentes, ces réactions le sont d'autant plus que la recto-colite hémorragique est grave, en pleine poussée, affligée d'une importante surinfection. Tout se passe comme si les microbes de surinfection, en dehors de leur virulence propre, se comportaient comme des allergènes et donnaient lieu à la formation d'anticorps. Le conflit antigène-anticorps jouerait ainsi un rôle déclenchant ou au moins aggravant de certaines poussées de recto-colite hémorragique. Il s'agirait d'une véritable sensibilisation du sujet à ses propres germes intestinaux.

ROBERT et col. discutent aussi le rôle possible de l'allergie à propos d'un cas instructif de recto-colite hémorragique. Il s'agissait d'une recto-colite hémorragique à poussées successives, accompagnée d'une polyarthrite et d'un impressionnant cortège de signes infectieux, parmi lesquels : un élément cutané rappelant une plaque d'érysipèle et une néphrite hématurique.

L'étude bactériologique très poussée de ce

syndrome de surinfection a permis de l'attribuer avec certitude à la présence permanente, d'un entérocoque hémolytique trouvé au niveau de la gorge. Faits intéressants : d'une part, cette variété ne donne habituellement pas d'élévation des antistreptolysines, d'autre part, les manifestations cutanées déclenchées chez les animaux par les entérostreptococcies ne contiennent pas de germes et réalisent cependant l'aspect d'un micro-abcès.

Ce qui amène l'auteur à conclure que les manifestations articulaires, comme les manifestations cutanées, ne sont pas le fait d'un essaimage microbien, mais plutôt de réactions indirectes à l'infection : allergiques en particulier.

2 - Théorie immunologique : facteurs auto-immunitaires

Dans l'hypothèse précédente, les manifestations articulaires étaient considérées comme une complication venant frapper certaines variétés de recto-colite hémorragique, en particulier, celles présentant un syndrome de surinfection. Selon une seconde conception, on peut admettre que les manifestations extra-coliques (cutanées, articulaires, conjonctivales), font partie intégrante de la maladie, la colite ulcéreuse étant considérée comme une affection par auto-sensibilisation.

Cette conception est séduisante, à condition qu'il soit prouvé que le côlon est capable de développer un état d'hypersensibilité. BERNIER, CORNELIS et LAMBLING (1958), ont

montré la présence d'anticorps anti-côlon humain dans la recto-colite hémorragique et bien que KIRSNER ait échoué dans les recherches du même ordre, BROBERGER et PERLMANN en décèlent, POLIAK et VOKURKA, en Amérique, ont apporté une confirmation des travaux français. BERNIER et col. ont mis en évidence l'existence d'anticorps anti-côlon dans le sérum des malades atteints de recto-colite hémorragique, par la méthode d'hémagglutination des hématies tannées. Cette méthode consiste à fixer un broyat de muqueuse colique sain sur des hématies préalablement traitées par l'acide tannique. Ces hématies ainsi préparées sont mises en contact avec des dilutions croissantes de sérum de malades atteints de recto-colite hémorragique.

La fraction de sérum qui réagit avec l'extrait de côlon se trouve dans la zone des gamma-globulines, c'est-à-dire, dans la zone habituelle des anticorps (BROBERGER).

Il n'est pas encore possible de dire quelle est la nature de la substance colique qui produit cette réaction. Elle serait plutôt de nature polysaccharidique pour BROBERGER et PERLMANN. Plutôt de nature protéique pour BERNIER.

Il est bon de préciser que si l'existence de ce facteur sérique, allergique, semble maintenant indiscutable, sa réactivité n'est peut-être pas aussi forte que celle que l'on observe dans d'autres maladies avec auto-anticorps.

La substance anticorps-thyroïde retrouvée au cours des poussées de goître de Hashimoto peut-être encore détectée dans des dilutions

allant du 1/1000 au 1/10.000, alors qu'en cas de recto-colite hémorragique, la réaction est pratiquement toujours éteinte avec des dilutions dépassant le centième.

Les méthodes de détection des auto-anticorps, dans le sérum des malades atteints de colite ulcéreuse, ne permettent pas d'affirmer, que la substance sérique qui réagit avec l'extrait de côlon, soit pathogène. Une objection fréquente étant que ces auto-anticorps sont tout au plus des témoins.

La reproduction expérimentale chez le Cobaye de colite par anticorps anti-côlon (BERNIER et col.) établit un lien entre les anticorps circulants et le processus pathogène responsable de la maladie. Ces auteurs procèdent à des injections répétées chez le Cobaye de sérum (de Lapin) anticôlon de Cobaye. Ils obtiennent ainsi les lésions coliques aiguës, superficielles et congestives, s'apparentant à celles de la recto-colite hémorragique, mais ces lésions disparaissent assez rapidement, incapables de passer à la chronicité.

Toutefois, lorsqu'un facteur d'agression locale (instillations rectales de sérum formolé dilué), était associé à l'injection parentérale d'anticorps, les lésions obtenues étaient beaucoup plus profondes et présentaient des analogies histologiques avec la maladie humaine. Les mêmes colites expérimentales ont été obtenues par ces auteurs avec le sérum d'un malade atteint de recto-colite hémorragique.

On pourrait tenter un rapprochement avec les autres affections rhumatismales dont la

nature auto-immunitaire est actuellement envisagée.

L'association du lupus érythémateux et de la recto-colite hémorragique a été signalée (BRUCE, Mc EWEN), de même que la présence d'anticorps antinucléaires circulants chez les malades (CALABRESI) ou dans leurs familles (THAYER).

Cependant dans les formes articulaires qui nous occupent, le facteur lupique, quand on l'a recherché, n'a pas été retrouvé (Mc EWEN).

La nature rhumatoïde des manifestations articulaires de la recto-colite hémorragique a été souvent évoquée.

Pour certains auteurs, les arthrites de la colite ulcéreuse peuvent reproduire le tableau de la polyarthrite rhumatoïde. FERNANDEZ-HERLIHY, sur 555 colites ulcéreuses, comptent 3,2 p.cent de polyarthrites étiquetées rhumatoïdes, généralement séro-positives, non influencées par colectomie. WRIGHT et WATKINSON, sur 108 colites ulcéreuses, trouvent 2 polyarthrites rhumatoïdes, séro-positives avec nodules rhumatoïdes typiques. Evoluant de façon indépendante, elles sont considérées par les auteurs comme des polyarthrites rhumatoïdes coïncidentes. ROTSTEIN et col. font état de 1,8 p.cent de polyarthrites rhumatoïdes sur 333 colites ulcéreuses, soit un pourcentage comparable à celui trouvé dans une population générale. Ces derniers auteurs écrivent qu'ils n'ont pas rencontré, dans la recto-colite hémorragique, un type spécifique de manifestation rhumatismale, différent de la polyarthrite rhumatoïde ou de la spondylarthrite ankylosante.

En fait, la comparaison de séries de recto-colitiques et de polyarthritiques (WRIGHT et WATKINSON, Mc EWEN), fait apparaître des différences statistiques en ce qui concerne:

- les localisations des arthrites (l'atteinte des interphalangiennes proximales des poignets et des métacarpo-phalangiennes étant moins fréquente dans la recto-colite hémorragique),

- leur symétrie : inconstante dans la recto-colite hémorragique,

- la durée des poussées : nettement plus longue dans la recto-colite hémorragique,

- la présence de signes radiologiques,
- les séquelles très rares dans la recto-colite hémorragique,
- les nodosités juxta-articulaires : absentes dans la recto-colite hémorragique,
- le fait capital reste naturellement la réponse négative des réactions de Waaler-Rose et du latex au cours de la recto-colite hémorragique avec signes articulaires. Mc EWEN trouve dans la recto-colite hémorragique des résultats qui ne diffèrent pas de façon significative de ceux obtenus chez les sujets témoins : réactions d'agglutination positives dans 2 p.cent des cas, réactions d'inhibitions positives dans 6 p.cent des cas contre respectivement 2 et 4 p.cent chez les témoins, 88 p.cent et 96 p.cent chez les polyarthritiques. On peut ajouter que THAYER, étudiant les protéines sériques des parents de recto-colitiques, n'y détecte pas plus souvent de facteur rhumatoïde que chez les témoins.

Si l'on en juge par ces arguments, la natu-

re rhumatoïde du rhumatisme rectocolitique devrait être exclue. Un point cependant reste obscur : il concerne l'histologie de la synoviale. Les biopsies synoviales, chez les recto-colitiques, n'ont pas été souvent pratiquées. BYWATERS et Mc EWEN en rapportent quelques exemples. Or pour BYWATERS, les lésions histologiques observées sont semblables à celles rencontrées dans la polyarthrite rhumatoïde ; opinion confirmée par F. COSTE, BONTOUX, Fr. COSTE, d'après la biopsie synoviale pratiquée chez un de leur malade. En particulier, l'hyperplasie des franges synoviales, la multiplication des assises de la couche bordante, et l'infiltration histio-lympho-plasmocytaire en périphérie des vaisseaux, leur rappellent l'aspect réalisé par une polyarthrite rhumatoïde, bien qu'on ne retrouve pas de véritable groupement nodulaire. Sans autoriser l'assimilation des arthrites de la recto-colite hémorragique à la polyarthrite rhumatoïde, cet aspect histologique fait envisager à ces auteurs qu'il pourrait s'agir d'affections du même groupe.

III - Pathogénie de la spondylarthrite ankylosante

La discussion précédente n'a visé que le premier type de rhumatisme recto-colitique, celui qui intéressait les membres, spécifique pour la plupart des auteurs, très proche, voire confondu avec la polyarthrite rhumatoïde pour d'autres.

Que dire maintenant de l'autre forme de rhumatisme, associée à la recto-colite hémorragique, à type de spondylarthrite ankylosante ?

S'il existe des liens certains entre la spondylarthrite ankylosante et la recto-colite hémorragique, notamment une fréquence bien plus élevée (20 fois pour ACHESON, 50 fois pour ROTSTEIN) que dans une population témoin et, inversement, une fréquence relativement plus élevée de recto-colite hémorragique au cours de la spondylarthrite ankylosante, toutefois, il est déroutant de constater que leur évolution respective est le plus souvent indépendante, et que la colectomie ne semble pas modifier le cours de la spondylarthrite.

On pourrait supposer, pour expliquer cette association, que la spondylarthrite est due, comme l'imaginait STEINBERG, au passage à travers la paroi intestinale, d'agents infectieux pour lesquels la lésion intestinale constituerait la porte d'entrée, et qui gagneraient le rachis par l'intermédiaire des veines du pelvis et du plexus veineux vertébral.

Une deuxième hypothèse peut être envisagée, qui attribuerait aux deux affections la même origine génétique ou immunochimique, la présence de l'une pouvant indirectement prédisposer à la naissance de l'autre.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Les complications rhumatismales de la recto-colite hémorragique et de la maladie de Crohn tiennent, en raison de la rareté de ces affections, une petite place parmi les rhumatismes inflammatoires. Cependant leur fréquence relative est très significative.

Le plus souvent, le rhumatisme frappe les articulations périphériques. Il est surtout le fait de formes légères ou de moyenne intensité, comportant une ou deux poussées annuelles, mais, pour certains auteurs sa fréquence serait proportionnelle à l'étendue anatomique de la maladie intestinale, s'observant électivement en cas d'atteinte globale du cadre colique. D'autre part, on le rencontre plus souvent dans les recto-colites accompagnées de manifestations cutanéo-muqueuses, érythème noueux surtout, mais aussi ulcère de jambe et pyoderma gangrenosum, ulcérations buccales, uvéite, suppuration périanale, pseudopolypose. Il survient rarement au cours de la première poussée, mais en général après un certain temps d'évolution, et d'ordinaire lors du déclin d'une poussée intestinale, ne la précédant que rarement.

Le plus souvent se trouve réalisée une mo-

no ou une oligoarthrite inflammatoire, subaiguë, touchant avec prédilection les grosses articulations des membres inférieurs, tibio-tarsiennes et genoux, où siège fréquemment une hydarthrose.

L'évolution comporte un parallélisme évolutif entre les poussées rhumatismales et intestinales.

Les arthralgies, qui dans l'ensemble ont été moins étudiées, présentent des caractères évolutifs identiques à ceux des arthrites des membres.

Les spondylarthrites des recto-colites s'opposent par plusieurs points au type précédent : précession plus fréquente des manifestations articulaires par rapport aux signes intestinaux, synchronisme des poussées rhumatismales et colitiques moins souvent observé, incidence moindre de l'érythème noueux, et enfin, inefficacité quasi absolue de la colectomie sur l'évolution du rhumatisme.

La fréquence de la spondylarthrite au cours des recto-colites hémorragiques est moindre que celle des arthrites périphériques mais n'en est pas moins significative. Elles ne présentent guère de caractères particuliers. Quatre points méritent cependant d'être soulignés : la moindre rareté des cas féminins, la fréquence particulière des fluxions articulaires périphériques, notamment de la hanche, qui, jointe au nombre des formes latentes, caractérisées par de simples modifications radiologiques des sacro-iliaques, risquent de faire méconnaître le diagnostic, s'il n'est recherché systématiquement.

Enfin, la thérapeutique en est difficile, car la phénylbutazone, outre le risque colitique et hémorragique, se révèle peu efficace et il en est de même pour la radiothérapie.

La pathogénie de ces diverses manifestations rhumatismales est loin d'être élucidée. L'hypothèse d'une origine infectieuse, bactérienne en particulier, ne peut être retenue.

Une étiologie virale, par contre, peut se concevoir et certains ont rapproché le rhumatisme recto-colitique du syndrome oculo-urétro-synovial en raison de certaines ressemblances cliniques. Mais les recherches virales n'ont pas, jusqu'à présent, confirmé cette étiologie. La responsabilité d'un processus allergique microbien ou viral est également soupçonnée.

Enfin, s'appuyant sur les phénomènes auto-immunitaires observés au cours de la recto-colite hémorragique, on peut également envisager une base immunologique, mais, la nature rhumatoïde des manifestations rhumatismales de la recto-colite hémorragique, souvent évoquée, est tout à fait improbable, étant donné les résultats exceptionnellement positifs de la sérologie. Seule, une certaine ressemblance histologique peut faire entrevoir une parenté entre les deux affections.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : F. COSTE

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

1 - ACHESON E.D.
An Association between ulcerative colitis, regional enteritis and ankylosing spondylitis.
"Quart. J. Med." 1960 : 29 : 489-99.

2 - ANSELL B.M., WIGLEY R.A.D.
Arthritic manifestations in regional enteritis.
"Ann. Rheum. Dis." 1964 : 23 : 64-73.

3 - ARNOUS, CLAISSE
Les manifestations articulaires au cours des recto-colites ulcéreuses cryptogénétiques.
"Paris Médical" 1941 ; 31 : 361.

4 - BACON H.E.
Ulcerative colitis.
"Philadelphia" 1958 p.128.

5 - BARGEN J.A.
Complications and sequellae of chronic ulcerative colitis.
"Ann. Int. Med." 1929 ; 3 : 335-352.

6 - BASSLER A.
The intestine and chronic arthritis.
"Am. J. Med. sc." 1942 ; 203 : 698.

7 - BERGLOF F.E.
Arthritis and intestinal infection.
"Acta Rheum. Scand". 1963 ; IX ; 141-150 (n°2).

8 - BERNIER J., CORNELIS W., LAMBLING A.
Contribution à l'étude expérimentale de la recto-colite hémorragique et ulcéreuse.
"Arch. Mal. App. Dig." 1959 ; 49 : 813.

9 - BERNIER J.J., LAMBLING A., TERRIS G., CORNELIS W.
L'autosensibilisation dans la recto-colite hémorragique et les colites expérimentales par hétéro- et auto-anticorps.
"Arch. Mal. App. Dig." 1962 ; 51 : 1161-74.

10 - BERNIER J.J., TERRIS G.
Etio-pathogénie de la recto-colite ulcéro-hémorragique.
"Bull. Soc. Med. Hôp. Paris" 1965 ; 116 : 127-136.

11 - BERNIER J.J., TERRIS G.
Etude des perturbations biologiques de la recto-colite hémorragique.
"Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris" 1965 ; 116 : 137-154.

12 - BLOCH-MICHEL H., BRIZARD J.
Les rhumatismes intestinaux.
"Entretiens de Bichat, Médecine" 1959; 359.

13 - BLOCH-MICHEL H., BRIZARD J., SALOMON A., THIBAULT R., PARROT M.
Les spondylarthrites à début infantile.
"Rev. Rhum." janvier 1965.

14 - BOWEN G.E., KIRSNER J.B.
The arthritis of ulcerative colitis and regional ilietis.
"Med. Clin. N. America" ; 1965 ; 49 : 17-30.

15 - BRIDE Mc.
Ankylosing spondylitis and chronic inflammatory diseases of the intestines. "Brit. Med." 1963 ; J.5355 : 483-6.

16 - BROBERGER D., PERLMANN P.
Auto-antibodies in human ulcerative colitis.
"J. Exp. Med." 1959 ; 110 : 659-674.

17 - BROWN M.L., KASICH A.M., WEINGARTEN B.
Complications of chronic ulcerative colitis.
"Am. J. Digestive Dis." 1951 ; 18: 52.

18 - BYWATERS E.G.L., ANSELL
Arthritis associeted with ulcerative colitis.
"Am. Rheumat. Dis.", 1958 ; 17 : 169-183.

19 - CACHIN, ANTEBI
Colite ulcéreuse, érythème noueux et syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.
"Semaine des Hôpitaux". 1961 ; 37 : 2724-27.

20 - CATAN R., BUCAILLE M., CARASSO R.
La recto-colite hémorragique et purulente.
"1959, Flammarion ED.

21 - CALABRESI P., THAYER W.R., SPIRO H.M.
Demonstration of circulating antinu-

clear globulins in ulcerative colitis. "J. Clin. Invest.". 1961 ; 40 : 2126-2133.

22 - CHIRAY M., MASCHAS H., MOLLARD H.
La nature des recto-colites hémorragiques.
"Arch. Mal. App. Dig." 1942 ; 31 :186.

23 - COLETENS W.
Colite ulcéreuse, avec polyarthrite aiguë provoquée par une association d'entéro-bactéries.
"Acta gastro-entérol.Belg." - 1954 ; 17 ; 578.

24 - COSTE F., BONTOUX D., COSTE Fr.
Les manifestations articulaires de la recto-colite hémorragique.
Soc. Méd. Hôp. Paris, 1965, 116, 213-223.

25 - COSTE F., GALMICHE P., SORS Ch.
Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique au cours de la recto-colite hémorragique.
"Rev. du Rhum." 1948 ; 15 : 140-142.

26 - CROHN B.B., YARNIS H.
"Regional Ileitis".
2e ed. N.Y. 1958.

27 - CULLINAN E.R., MAC DOUGALL I.P.
"Lancet" 1957 ; 1 : 487.

28 - DAFFNER J.E., BROWN C.H.
Regional enteritis. Clinical aspects and diagnosis in 100 patients.
"Ann. Int. Med." 1958 ; 49 : 580.

29 - DEMOLE, COURVOISIER, KRAFTE
Colite ulcéreuse et arthropathie.
"Arch. Mal. App. Dig." 1956, 45 : 475-85.

30 - DENNIS C., KARLSON K.E.
Surgical Measures as supplements to the menagement of idiopathic ulcerative colitis ; Cancer cirrhosis and arthritis as frequent complications.
"Surgery", 1952 : 32 : 892.

31 - DESCAYRAC J.
Les manifestations ostéo-articulaires au cours des colopathies.
"Thèse Paris" 1956, n°457.

32 - DUGAL J.P.
Colite ulcéreuse; étude de 87 cas.
"Arch. Mal.App.Dig." 1952 ;41 : 1153.

33 - DYRBYE O. (Mme)
Arthritis in ulcerative colitis. A case with its origin and development in frequancy.
"Ugesk, laeg" 1960 ; 122 : 1720-2.

34 - ELITZAK J., WILDERMAN A.
Non specific ulcerative colitis in childhood.
"Am.J.Dis. Child." 1941 ; 62 : 115-126.

35 - EWEN Mc.
Other diseases resembling rheumatoïd arthritis.
"Arthritis, HOLLANDER and col. LEE, FEBIGER, Philadelphia, Pennsylvania" 1960 ; 714-717.

36 - EWEN Mc C., LINGG C., KIRSNER J.B., SPENCER J.A.
Arthritis accompanying ulcerative co-

litis. "American J.Med." 1962 ; 33: 923-942.

37 - EWEN Mc C., ZIFF M., CARMEL P., DITATA D. TANNER M.
The relationship to rheumatoïd arthritis of its so-called variants.
"Arthritis Rheumatoïd" 1958 ; 1:481-96.

38 - FEDER I.A.
Chronic Ulcerative colitis : an analysis of 88 cases.
"Am . S.Dig. Dis." 1938 : 5 : 239.

39 - FERNANDEZ L.; HERLIHY
The articular manifestations of chronic ulcerative colitis : an analysis of 555 cas.
"New Engl. J.Med." 1959 ; 261 : 259-263 (août n°6).

40 - FLOOD L.A., LEPORE M.J., HIATT R.B., KARUSH A.
Prognosis in chronic ulcerative colitis.
"J.Chron. Dis." 1956, 4 : 267.

41 - FORD D.K., VALLIS D.G.
The clinical course of arthritis associated with ulcerative colitis and regional ileitis.
"Arthritis and Rheumatism". 1959, II: 526-536 (déc.n°6).

42 - FOSTER J.J., BRICK I.
Erythema nodosum in ulcerative colitis.
" astro-enterology" 1954 : 27 : 417-425.

43 - FRIEDMAN E. and KEHOE E.L.
No bacterial suppurative arthritis as

a complication of ulcerative colitis: report of two cases.
"New.Engl. J.Med." 1959 ; 261 :288-289 (6 août n°6).

44 - GIRARD M., BEL A., COULOT M., VALLON C., BOCHU M.
Les lésions cutanées au cours de la recto-colite hémorragique.
"Lyon Médical" 1963, 41, 609-20.

45 - GRABER, DUBERNAY J.
Relations at syndromes arthrodigestifs et digestivo-articulaires.
"Rev. Rhumat." 1947 ; 14 - 145.

46 - GRAINGER R.G.
Proctocolitis and other pelvic infection in relation to ankylosing spondylitis with a note on the vertebral venous system.
"J. Fac. Radiol." 1959 ; 10 :138-50.

47 - GRAY J.J., REIFENSTEIN R.W., BENSON J.A., YOUNG J.C.G.
Treatment of ulcerative colitis and regional enteritis with ACTH significance of fecal lysozyme.
"A.H.A. Arch. Inst. Med. 1951 ; 87:646.

48 - GREY S.J.
Non specific ulcerative colitis.
Principles of Internal Medicine.
Third edition. Edited by T.R. Harrison et al. 1782 pp. New York : Mc Grant 1958, pp.1461-1465.

49 - HARDY T.L., BULMERE
"Brit. Med.J.", 1933 ; 2 : 812.

50 - HARTL W.
Arthritis with chronic ulcerative colitis. "Gastroenterologia (Basel". 1963 ; 99 : 374-93.

51 - HERVD
Les réactions articulaires au cours des infections recto-coliques subaiguës et chroniques. Essai d'interprétation pathogénique.
"Thèse Médecine Paris" 1939.

52 - HIGHTOWER N.C., BRODERS A.C., HAINES R.D. Mc KENNEY J.F., SOMMER A.W.
Chronic Ulcerative colitis. Diagnostic considerations.
"Am. J.Digest. Dis. 1958 : 3, 722.

53 - HILLEMAND P.
La rectocolite hémorragique et purulente.
"Revue du Praticien" 1954 :11 ; n°7.

54 - HILLEMAND P., GILBRIN E., BENSAUDE A., DELAVIERRE P.
A propos of hemorrhagia rectocolitis with articular manifestations. Their relations to the Fiessinger-Leroy-Reiter syndrom.
"Arch. Mal. App. Dig." 1960 ; 49, 613-21.

55 - JACKMAN R.J., BARGEN J.A., HELMHOLZ H.F
Life histories of ninetyfive children with chronic ulcerative colitis.
"Am. J.Dis. Child." 1940 ; 59 : 459-467.

56 - JACOBS E., CAMMAERT P., VERBANK M.
Colite ulcéreuse et polyarthrite.

Trois cas. Traitement par ACTH.
"Acta Gastro-Ent. Belg." 1954 ; 17 : 144-153.

57 - JACOBS W.H.
Erythema nodosum in inflammatory diseases of the bowel.
"Gastroenterology" 1959 ; 37, 286-94.

58 - JANKELSON I.R., Mc CLURE C.W., SWEETSDE F.W.
Chronic ulcerative colitis. Complications outside digestive tract.
"Rev. gastro. ent." 1942 : 9 : 99-104.

59 - KELLEY M., LOGAN V.
Erythema nodosum in association with chronic ulcerative colitis.
"Gastroenterology" 1956 ; 31:285-295.

60 - KIRSHEN M.
Ulcerative colitis. An evaluation of the etiology, symptomatology and therapy.
"Amer. J. Dig. Dis." 1947 ; 14 : 384.

61 - KIRSNER J.B., PALMER W.L., MARIMON S.N. RICKETTS W.E.
The clinical course of chronic non specific ulcerative colitis.
"S.A.M.A.", 1948 ; 137 ; 922.

62 - KIRSNER J.B., SKLAR M., PALMER W.L.
Use of ACTH, cortisone, hydrocortisone and related compunds in menagement of ulcerative colitis : experience in 180 patients.
"Am. J. Med." 1957 ; 22 : 264-74.

63 - KRAFTE
Colites et Arthropathies.
"Thèse Genève" 1957.

64 - LAMBLING A., BERNIER J.J., BONFILS S., TREMOLIERES J., TERRIS G.
La recto-colite hémorragique ou colite ulcéreuse. Données allergiques et immunologiques.
1er Congrès International d'allergie alimentaire et digestive. Vichy 1963.

65 - LAMBLING A., POTET F.
Situation nosologique et expression anatomique de la recto-colite hémorragique.
"Bull. Soc. Med. Hôp. Paris" 1965 ; 116 : 113-26.

66 - LEJEUNE E., GUILLIN F.Y., BERTRAND J.N., BOUVIER M., VOLLE L., CHATIN B.
Les manifestations rhumatismales de la recto-colite hémorragique.
"Lyon Méd." 1965 ; 213 : 535-44.

67 - LEURAT M., THIERS H., TRUCHOT R., MOULIN G., MOULINIER B.
Lésions cutanées au cours de la recto-colite hémorragique.
"Lyon Médical 1963, 34, 269-83.

68 - LEVINE M.D., KIRSNER J.B., KLOTZ A.P.
A new concept of the pathogenesisus of ulcerative colitis.
"Science" 1951 ; 114 : 552.

69 - LIEVRE J.A., WATTEBLED R.
Polyarthrite et recto-colite hémorragique et purulente.
"Rev. Rhum." 1953 ; 20 : 774-777.

70 - LUBCZINSKA, KOWALSKA W.
A case of associeted allergic bronchial asthma with ulcerative colitis and ankylosing spondylitis.
"Pol. Tyg. Lek." 1962 : 17 : 1074-5.

71 - MEISELAS L.E., FIERST S., LEVIN E.
Studies of incidence and type of arthritis and abnormal anti-globulines in ulcerative colitis following ileostamy.
"Alestract de l'A.R.A. Arth. Rheum." 1963, VI, 287 (juin n°3).

72 - MONAGHAN J.F.
Gastroenterology.
"H.L. Bockus" 1944; vol.II, p.549, Philadelphia.

73 - PEPINO L., RICCO G.
Rectosigmoïdo-colite ulceroso emorragica associata eritema nodoso e polyarthrite subacut a saliciloresistente caso clinico.
"Minerva Medica" 1956, 4, 782-1155.

74 - PLACITELLI G.
La colite ulcerosa.
EMES Roma 1 vol. 1958.

75 - POLCAK J., VOKUKA V.
Auto-immune reactions in the course of ulcerative colitis.
"Am. J.Dig. Dis." 1960 : 5 :395-405.

76 - POLONY
Remarques cliniques et thérapeutiques à propos des recto-colites hémorragiques graves.
Thèse médecine Paris, 1953.

77 - PORRINI A., Mc.EWEN C., DITATA D., POPPEL M., LINGG C.
A roentgenologic and clinical study of ankylosing spondylitis and spondylitis accompanying ulcerative colitis, psoriasis and Reiter's disease.
"Arthritis Rheum." 1964 ; 7 : 338-39.

78 - RICE, OXLEY J.M., TRUELOVE S.
Lancet, 1950, 1 , 663.

79 - RICKETTS W.E., PALMER W.L.
Complications of chronic non specific ulcerative colitis.
"Gastro-enterology" 1946 ; 7 : 55.

80 - ROBERT P.E., BRECHOT C., BINOUX
Sur un cas intéressant de recto-colite hémorragique.
"Arch. Mal. App. Dig." 1959 ; 48 : 1668-1671.

81 - ROBERTI A.
L'allergie microbienne aux entéro-bactériacés au cours des recto-colites hémorragiques.
"Arch. Mal. App. Dig." 1960; 49 : 1260-1269.

82 - ROMANUS R.
Pelvi spondylitis ossificans in the male and genito-urinary infection.
"Acta med. scandinav." 1953 Suppl. 280 : 316-323.

83 - ROTSTEIN J., ENTEL I., ZEVINER B.
Arthritis associeted with ulcerative colitis.
"Am. Rheum. Dis." 1963 ; 22 : 194-198 (mai n°3).

84 - ROWE A.H., ROWE A., UYEYOMA K.
Chronic ulcerative colitis due to pollen allergy with six cases reports.
"Acta med. scand." 1955 ; 152 : 139.

85 - SCHLICK C.P., BARGEN J.A.
Clubbed Fingers and ulcerative colitis.
"Am. J. Dig. Dis." 1940 ; 7 : 17-21.

86 - SEZE S., KAHN M.F., WELFLINGS, HUBAULT A. DRYLL J.
Notre expérience de l'atteinte articulaire au cours de la recto-colite hémorragique.
"Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris" 1965 ; 116 : n°2.

87 - SEZE S., RICKEWAERT A.
Maladie des os et des articulations.
"Flammarion Edit.", Paris 1964.

88 - SERRE H., SIMON L., CAILLENS J.P., LIGNIERES Y.
Pelvispondylite rhumatismale et recto-colite ulcéro-hémorragique.
"Rev. Rhum." 1961 ; 28 : 508-516 (oct. n°10).

89 - SHORT C., BAUER W., REYNOLDS W.
Rheumatoïd arthritis.
1 vol. 480 p. Cambridge "Harvard Univ. Press ed.", 1957 ; 70-72.

90 - SLOAN W.P., BARGEN J.A., CAGE R.P.
Life histories of patients with chronic ulcerative colitis : a review of 2.000 cases.
"Gastroenterology" ; 1950 ; 16 : 1-25.

91 - STEINBERG V.L., STOREY G.L.
Ankylosing spondylitis and chronic inflammatory lesions of the intestines.
"Brit. M.J." 1957 ; 2 : 1157-59.

92 - STEWART J.S., ANSELL B.M.
Ankylosing spondylitis associeted with regional enteritis.
"Gastroenterology" 1963, 45 ; 265-8.

93 - SVARTZ N.
The pathogenesis and treatment of ulcerative colitis.
"Acta med. scand." 1951; 141 : 172.

94 - TERRIS G.
Les lésions expérimentales du colite chez le Cobaye par auto-anticorps.
"Thèse" 1960 Paris.

95 - TEXTER E.C.Jur.
"J. Chron. Dis." 1957 ; 5 : 347.

96 - THAYER W.R., SPIRO H.M.
Protein abnormalities in ulcerative colitis patients and their families.
"Gastroenterology" 1963 ; 44 : 444-447.

97 - UDAONDO B.
Les colites ulcéreuses chroniques.
"Dion et Cic. 1929".

98 - Van PATTER W.N., BARGEN J.A., DOCKERTY M.B., FELDMAN W.H., MAYO C.W., WAUGH J.M.
"Gastroenterology". 1954 ; 26 : 347.

99 - VOLTA C.
Les rhumatismes secondaires à la colite ulcéreuse chronique.
"Rev. du Rhum." 1938: 5 : 874.

100 - WARREN S., SOMMERS S.C.
Pathogenesis of ulcerative colitis.
"Am. J.Path." 1949 ; 25 : 657.

101 - WILKINSON M., BYWATERS E.
Clinical features and courses of ankylosing spondylitis.
"Am. Rheumat. Dis." 1958 ; 17: 209-228.

102 - WILLARD J.H., PESSEL J.F., HUNDLEY J.W., BOCKUS H.L.
Prognosis of ulcerative colitis.
"JAMA", 1938 ; III ; 2078.

103 - WILSKE K.R., DECKER J.L.
The articular manifestations of intestinal desease.
"Bull. Rheum. disease" 1965 ; 15 : 362 - 65 n°5.

104 - WRIGHT V., WATKINSON G.
The arthritis of ulcerative colitis.
"Abstract in JAMA" 1960 ; 172 : 95 (janv. n°1).

105 - YEOMANS F.C.
Chronic ulcerative colitis.
"JAMA", 1921, 77 : 2043-47.

106 - ZVAIFLER N.S., MARTEL W.
Spondylitis in chronic ulcerative colitis.
"Arthritis Pneum." 1960 ; 3 : 76-87 (Feb.).

-:-